GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Contenido

Vol. 70, Mayo 2002

217 **La revolución demográfica ¿quo vadis homo sapiens?**

Egon Diczfalusy, MD, PhD, DSc

Conferencia presentada durante el Simposium Investigación y Salud. Retos y necesidades en el siglo XXI, el 13 de noviembre del 2001, en México, D. F.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

227 **Anticoncepción en México**

Dr. Alberto Alvarado Durán

Se presenta una revisión histórica de la anticoncepción en México, desde el primer antecedente en 1961 hasta el momento actual, describiendo en las distintas etapas las características de indicación e investigación de los métodos anticonceptivos.

INFORME DE CASO

236 **Hidrometrocolpos: diagnóstico prenatal. Informe de un caso**

Dr. Carlos Ramón Jiménez Vieyra

El hidrometrocolpos se caracteriza por la obstrucción vaginal que ocasiona dilatación quística de útero y vagina secundaria a la acumulación de moco cervical y endometrial. Puede estar asociado a otras malformaciones tales como la polidactilia postaxial, atresia anal, atresia esofágica, agenesia renal, anomalías genitales y cardiopatía o ligada a una forma autosómica recesiva, La detección prenatal oportuna mediante ultrasonografía obstétrica ayudaría al diagnóstico diferencial y tratamiento temprano así como para la prevención de complicaciones.

ARTÍCULO ORIGINAL

239 **Fibrotecoma ovárico: Informe de un caso**

Dr. Alejandro González Gleason, Dr Sebastián Iris De La Cruz, Dra. María Esther Torres Salas, Dr. Carlos Guzmán Patraca, Dra María Eugenia Chavarría Olarte, Dr. Alejandro Reyes Fuentes

Se presenta el caso de una mujer de 68 años de edad, con un fibrotecoma de ovario. El tratamiento fue la extirpación quirúrgica del tumor. El estudio microscópico reveló un fibrotecoma de ovario.

ARTÍCULO ORIGINAL

244 **5-Fluorouracilo tópico en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial vaginal**

Dr. José Luis González Sánchez, Dra. Guadalupe Flores Murrieta, Dr. Jesús Chávez Brambila, Dr. José Mauricio Deolarte Manzano, Dr. Alejandro Fabian Andrade Manzano

Con el objeto de determinar la efectividad del 5 fluorouracilo (5FU), en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) se estudiaron 30 pacientes seleccionadas de un grupo de 65 pacientes con NIVA de 1980 a 1998. Las pacientes recibieron tratamiento intravaginal con 5 FU, 1.5 g semanalmente durante 10 semanas y todas las pacientes tuvieron un seguimiento de dos años como mínimo. Se determinó que el tratamiento con 5-FU es una buena opción para el tratamiento del NIVA. Es efectivo con mínimos efectos colaterales. Su uso debe ser confinado al tratamiento de la NIVA de alto grado extensivo o multifocal.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

248 **Salud reproductiva y violencia contra la mujer**

Dr. Samuel Karchmer K.

Se presenta la revisión del tema como un problema de salud para la mujer a nivel mundial, que impacta en las cifras de morbimortalidad femenina y afecta su desarrollo económico y social, a la vez que compromete su salud. Se analizan las consecuencias de la violencia de género sobre la salud física y mental y se concluye con una serie de propuestas que fortalezcan la autonomía y la autoestima de la mujer.

HACE 55 AÑOS

253 **Terapéutica quirúrgica conservadora en el embarazo tubario**

Dr. Julio César Graham F.

Se reproduce la versión original del artículo publicado en el volumen 3 de Ginecología y Obstetricia de México, en 1946.

259 **INSTRUCCIONES PARA AUTORES**

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Contents

Vol. 70, May 2002

217 **Demographic revolution ¿quo vadis homo sapiens?**

Egon Diczfalusy, MD, PhD, DSc

A conference from the Simposium Investigación y Salud. Retos y necesidades en el siglo XXI, november 13, 2001; México, D. F.

REVIEW

227 **Contraception in Mexico**

Dr. Alberto Alvarado Durán

This is an historic review of contraception in Mexico from 1961 to 2002. It includes a description about prescription and investigation on each contraceptive option.

CASE REPORT

236 **Hydrometrocolpos: prenatal diagnosis. A case report**

Dr. Carlos Ramón Jiménez Vieyra

Hydrometrocolpos is caracterized by a vaginal obstruction with cystic dilatation of uterus and vagina caused by accumulation of cervical and endometrial mucus. May be associated with other malformations, such as postaxial polydactyly, anal atresia, esophageal atresia, renal agenesis, genital anomalies, cardiopathy o autosomal recessive disorder. The appropriate prenatal detection with the help of prenatal ultrasonography differential diagnosis and early treatment and prevention of complications.

ORIGINAL ARTICLE

239 **Ovarian fibrothecal tumor: case report**

Dr. Alejandro González Gleason, Dr Sebastián Iris De La Cruz, Dra. María Esther Torres Salas, Dr. Carlos Guzmán Patraca, Dra María Eugenia Chavarría Olarte, Dr. Alejandro Reyes Fuentes

We present a case report of a 68 years old woman with an ovarian tumor sized 14x9x7 cm. Medical treatment was the extirpation of the tumor. Microscopic evaluation of the surgical piece reported an ovarian fibrothecal tumor.

ORIGINAL ARTICLE

244 **Vaginal intraepithelial neoplasia treated with topic 5-fluorouracil**

Dr. José Luis González Sánchez, Dra. Guadalupe Flores Murrieta, Dr. Jesús Chávez Brambila, Dr. José Mauricio Deolarte Manzano, Dr. Alejandro Fabian Andrade Manzano

In order to determine the effectiveness of 5-fluorouracil (5-FU) in the treatment of vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN) we studied 30 patients with VAIN from. Patients received intravaginal treatment with 5-FU, 1.5 g once weekly for 10 weeks and all patients were followed up for at least 2-years. It was concluded that treatment was well tolerated, so 5-FU is an option choice for VAIN treatment. It is effective, with minimal side effects. Its use should be confined to treating extensive or multifocal high-grade VAIN.

REVIEW

248 **Reproductive health and violence against women**

Dr. Samuel Karchmer K.

Violence against women as a worldwide public health problem is reviewed. This problem has a great impact on morbidity, mortality, economic and social development is also affected. Damage on physical and mental health as a result of violence is analyzed. There are several proposals in order to increase autonomy and self-steem in women.

55 YEARS AGO

253 **Conservative surgical treatment on tubal pregnancy**

Dr. Julio César Graham F.

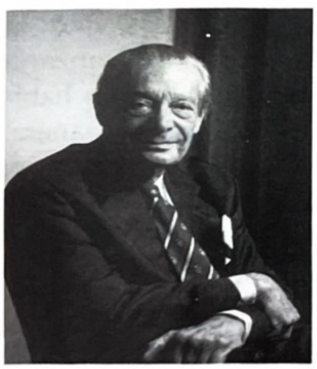
A reprint of the original article from Ginecología y Obstetricia de México, Volume 3, 1946.

259 **INSTRUCTIONS FOR AUTHORS**

GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA
DE MÉXICO

La revolución demográfica *¿quo vadis homo sapiens?*

■ Egon Diczfalusy, MD, PhD, DSc[1]



Yo desconfío de la palabra progreso y prefiero más la palabra evolución simplemente porque progreso, por definición, nunca puede ir mal,mientras que evolución constantemente lo hace y así lo hace la evolución de las ideas

Arthur Koestler, 1964

■ INTRODUCCIÓN

Hace muchos años el gran estadista sueco, Axel Oxenstierna (1583-1654) dijo que "A los cincuenta años, empiezas a estar cansado del mundo y a los sesenta el mundo está cansado de ti". ¿Qué pasa a los ochenta? Entonces finalmente entiendes lo que Léon Trotsky quería decir en su *Diario en el Exilio* (1935) escrito en México: "Envejecer es lo más inesperado de todas las cosas que le ocurren a un hombre" ¡Qué acertado estaba! Todo lo que puedo añadir a esto es, que para mí es un enorme placer y privilegio el poder dirigirme otra vez a mis amigos mexicanos; fue hace casi 40 años cuando lo hice por primera vez.

En este artículo intento discutir la revolución demográfica; nuestro pasado demográfico y futuro incierto. Presentaré estimados y proyecciones por las Naciones Unidas y me recordaré a mí mismo todo el tiempo que estimados son estimados, las proyecciones son inciertas, las predicciones son cuentos de hadas y la humildad es infinita.

El pasado es prólogo. Veamos brevemente nuestro pasado demográfico primero, con el fin de apreciar el presente y tal vez imaginar el futuro. Cuando hace unos 2000 años el emperador Augusto del Imperio Romano fue sucedido por Tiberio, la población global sobrepasaba difícilmente los 250 millones de habitantes (Cuadro I); unos 70 millones vivían en China, otros 70 millones en India-Pakistán-Bangladesh, 37 millones en Europa y probablemente menos de 3 millones en toda América.

La supervivencia tanto para individuos como para naciones fue muy difícil en esos tiempos históricos. De hecho, difícilmente hubo un crecimiento en la población global durante el primer milenio. No fue sino hasta el segundo milenio que la población mundial empezó a crecer y para 1500 superaba los 400 millones de habitantes. Para 1750, la población global alcanzó los 730 millones, de los cuales 100 millones vivían en Europa y 200 millones en China. Entonces el crecimiento se aceleró. En el año 1900 —durante la época del General Porfirio Díaz en México— la población mundial superaba los 1600 millones de habitantes; de esos, 500 millones vivían en China, otros 280 millones en Europa y más de 140 millones vivían en las Américas.[1-4]

[1]Prof. Emérito del Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia.
Conferencia presentada durante el Simposium Investigación y Salud. Retos y necesidades en el siglo XXI, organizado por Schering Mexicana el 13 de noviembre del 2001, en México, D. F.

Cuadro I

Estimados históricos de la población mundial (millones)

Año	Mundo	Europa	China
14	256	37	73
1000	280	32	60
1500	427	62	100
1750	731	102	207
1900	1668	284	500

Johnson, 1987

Cuadro II

Número estimado de parejas en el mundo usando diferentes métodos anticonceptivos (Naciones Unidas, 1999)

Metodo	Millones	% del Total
Todos los métodos	552	100
Esterilización femenina	180	33
DIU	120	22
Anticonceptivos orales	78	14
Condón	43	8
Esterilización masculina	41	7
Retiro	37	6
Ritmo	27	5
Inyectables e implantes	16	3
Barrera vaginal y otros	10	2

Para analizar la evolución demográfica del siglo XX, debemos considerar el impacto de la revolución anticonceptiva. Fue en 1898, cuando Sigmund Freud escribió:

"Teóricamente, sería uno de los más grandes triunfos de la humanidad... si el acto de procreación responsable, se pudiera elevar al nivel de conducta voluntaria e intencional, y separarlo del imperativo de satisfacer al impulso natural"[5] ¿Se imaginaría que sólo 60 años después este triunfo se volvería realidad, gracias al trabajo brillante de científicos mexicanos? Y en 1959 la Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA) aprueba la primera pastilla anticonceptiva, el *Enovid* de Searle, y en 1961 el Ministerio de la Salud (Bundesgesundheitsamt) en Berlín aprueba el *Anovlar* de Schering, y la FDA en 1962, aprueba un tercer oral anticonceptivo desarrollado en México: *Ortho-Novum*.[6]

Ahora el hielo se había roto, una variedad de métodos siguieron y para 1993 más de 500 millones de parejas usaban anticonceptivos,[7] siendo los más importantes la esterilización femenina, dispositivos intrauterinos, anticonceptivos hormonales orales, inyectables, implantes, condones y la esterilización masculina (Cuadro II). Como veo esto, el impacto histórico del invento de los anticonceptivos fue tan fundamental como el invento de la rueda.

La evolución demográfica. La población global alcanzó los 3,000 millones en 1960, un hecho tomado con una gran ansiedad internacional. Fue profetizado por algunos llamados expertos que la última población global alcanzaría 15,000 o 25,000 millones de habitantes. En una más creíble manera, las Naciones Unidas proyectaron que antes de finalizar el siglo, la población mundial excedería los 6,000 millones y que entre 1950 y 2000, la población de México se incrementaría a más del triple (Cuadro III), de hecho, así fue.[8]

El espíritu de esos tiempos es reflejado por la aseveración del presidente Kennedy:

"Si el hombre no contiene el crecimiento de la población, la población va a contener al hombre" y en los años 1960 y 1970 una gran cantidad de presión fue llevada a cabo por el mundo más desarrollado hacia los gobiernos de los países menos desarrollados para detener el crecimiento poblacional a través de programas de planificación familiar.

A mediados de los años de 1990 más de 90% de los países menos desarrollados apoyaban la planificación familiar, aunque la mayoría de ellos lo hacía por razones de derechos humanos, salud reproductiva e igualdad de sexos, más que por consideraciones demográficas.

¿Desde aquí a dónde vamos? Durante los próximos 50 años creceremos y envejeceremos rápido.[8] La población global se incrementera a más de 50%, de 6,000 a 9,000 millones y para el año 2050 la población de Latinoamérica excederá los 800 millones y la de México

Cuadro III

Crecimiento poblacional (1950-1990) (millones)

Año	Mundial	Lat. Am.	México
1950	2.519	167	28
1960	3.020	218	37
1970	3.691	285	51
1980	4.430	361	68
1990	5.255	440	83

ONU, 2001

Cuadro IV

Futuro del crecimiento poblacional (Proyecciones de la ONU) (millones)

Año	Mundial	Lat. Am.	México
2000	6.057	519	99
2015	7.207	630	119
2025	7.937	695	130
2050	9.322	806	147

ONU, 2001

Cuadro V

Porcentaje de personas mayores (personas de 60 años o más)

Año	Mundial	México	Europa
1950	8.2	7.1	12.1
1975	8.6	5.7	16.4
2000	10.0	6.9	20.3
2025	15.0	13.5	28.8
2050	21.1	24.4	36.6

ONU, 2001

Cuadro VI

Las poblaciones más grandes de ancianos (de 80 o más años) (millones)

2000		2050	
Europa	21.8	China	99
China	11.5	Europa	60
Norte América	10.0	India	48
India	6.1	Norte América	34
Japón	4.8	Lat. Am.	33
Lat. Am.	4.7	Japón	17

Naciones Unidas, 2001

estará muy cerca de los 150 millones de habitantes (Cuadro IV).

De cualquier modo, la estructura de población del 2050 será fundamentalmente distinta a la actual, debido al incremento de la población de adultos mayores (Cuadro V).

En 1950, aproximadamente 8% de la población mundial tenía 60 años o más; en México, 7% y en Europa, 12%. Se espera que para en año 2050, 21% de la población mundial, 24% de la de México y más de 36% de la europea, excederán los 60 años de edad.

El más rápido incremento tendrá lugar en la población anciana, gente de 80 años, o más. Entre el 2000 y el 2050, la población anciana europea se incrementerá de 22 a 60 millones y la de China de 12 a 99 millones. De la población más vieja de América Latina se espera un incremento de 7 veces a 33 millones (Cuadro VI). De hecho, hoy, la población anciana de Japón es menos de 4% del total; para el 2050 se espera exceda 15% y el número de centenarios se incrementará 50 veces.

En su análisis del futuro, los economistas consideran a veces el concepto "tasa del potencial de apoyo", que es la relación entre la fuerza de trabajo activa (la población entre los 15 y los 64 años) y aquellos de 65 años en adelante y que requieren de apoyo. Hoy, esta tasa es aún de 9.2 mundialmente, 13.2 en México y 11.7 en América Latina, pero para 2050 las tasas disminuirán globalmente a 4.1; en México a 3.3 y en América Latina, a 3.7.

La estructura de población está cambiando en forma dramática, no sólo porque el número de adultos mayores se está incrementando, si-

Cuadro VII

Porcentaje de niños (personas de 14 años o menos)

Año	Mundial	Méxicco	Lat. Am.
1950	34.3	42.0	40.0
1975	36.7	46.0	41.3
2000	29.9	33.1	31.6
2025	24.3	23.2	23.7
2050	21.0	19.3	20.0

ONU, 2001

Cuadro VIII

Relación niños: mayores*

Año	Mundial	Méxicco	Lat. Am.
1950	4.2	6.0	6.8
2000	3.0	4.8	3.9
2050	1.0	0.8	0.9

*Número de personas de 14 años o menos por cada persona de 60 años o más

Cuadro IX

Estructura de población en México (1950-2050)

Grupo de edad (Años)	Porcentaje 1950	2000	2050
0-14	42.0	34.1	19.3
15-60	50.9	59.0	56.3
61-80	6.6	6.1	19.8
> 80	0.5	0.8	4.6

ONU, 2001

Cuadro X

Media de edad (años)

Año	Mundial	Méxicco	Lat. Am.
1975	22.0	17.2	32.1
2000	26.5	23.3	37.7
2025	32.0	32.5	45.4
2050	36.2	39.5	49.5

ONU, 2001

no también porque —simultáneamente— el número de niños disminuye rápidamente. Hace sólo 26 años, en 1975, casi la mitad (46%) de la población de México consistía en niños; los porcentajes correspondientes eran de 41% en Latinoamérica y 37% a nivel mundial.

Para el 2050, se espera que el porcentaje de niños mexicanos sea de menos de 20% y las figuras para América Latina y todo el mundo serán parecidas (Cuadro VII).

El cambio en la estructura de la población puede ilustrarse a través del cálculo de la relación de los niños y los adultos mayores; en 1950 en México había seis veces más niños que adultos mayores; sin embargo, las Naciones Unidas proyectan que para el 2050 habrá más adultos mayores que niños tanto en México como en América Latina (Cuadro VIII).

La combinación de una población de adultos mayores con rápido incremento y rápida disminución en la población de niños tendrá un mayor impacto en la estructura de la población de México: entre el día de hoy y el año 2050 el porcentaje de niños se espera disminuir casi 50%, el de adultos mayores se incrementará tres veces y el de los ancianos seis veces (Cuadro IX).

Cambios tales deben resultar en un incremento en la media de edad. Para 1975, la media de edad de México era de 17 años, mucho menos que el promedio mundial de 22 años. Las Naciones Unidas proyectan que para el 2050, la media de edad será cerca de 40 años en México y casi 50 años en Europa, donde habrá el mismo número de personas de más de 50 años que de menos de 50 años (Cuadro X).

La revolución demográfica. Entre las complejas causas de tales cambios demográficos una baja en las tasas de fertilidad parece ser de importancia particular. En general, 2.1 niños por mujer representan un nivel de reemplazo. Si la tasa de fertilidad se mantiene por debajo de este nivel se espera finalmente

la baja en la población. Entre 1965 y 1995 el mundo experimentó una marcada baja en la fertilidad de casi cinco a menos de tres niños por mujer; en México de casi siete niños por mujer a 2.7, mientras que en Europa bajó de 2.7 a 1.4, es decir, muy por debajo del nivel de reemplazo (Cuadro XI).

Actualmente, los niveles de fertilidad están muy por debajo del nivel de reemplazo en todos los países europeos, y las proyecciones sugieren, que así va a quedar durante los siguientes 50 años. Entonces, se espera que la población europea se reduzca de 727 a 603 millones de personas. La población de Europa Oriental se reduciría en casi 82 millones y la de Europa Sur en 28 millones de personas (Cuadro XII).

¿Es esta declinación una manifestación de lo que con malicia se puede llamar la eurosclerosis? En realidad no. La mayoría de la humanidad va a seguir pronto esta tendencia. En 1955 sólo 0.1% de la población mundial estaba por debajo del nivel de reemplazo, actualmente, 44% viven en países tales y para el año 2015 este porcentaje alcanzará 67%.[9] Por lo tanto, parece justificado concluir que nunca antes en la historia, la tasa de natalidad ha caído tan bajo, tan rápido y por tanto tiempo en todo el mundo. Las implicaciones que esto tiene para bien o para mal no están claras ahora.

Sin embargo, algunas implicaciones parecen ser más claras que otras. La revolución demográfica necesitará reformas de nuestras instituciones, las cuales fueron diseñadas para servir a una estructura de población que no existe más, como por ejemplo: seguridad social, servicios de salud, educación, vivienda, marketing y también nuestra sacrosanta institución, el estado soberano.

¿Cuál es la causa de la revolución demográfica? La anticoncepción debería tener un impacto en la tasa de fertilidad en un mundo con 550 millones de parejas que usan anticonceptivos y datos recientes (Figura 1) muestran que existe una alta correlación entre la prevalencia de uso de anticonce-

Cuadro XI

Tasa de fertilidad por mujer (1965-1995) (Nivel de reemplazo: 2.1 niños por mujer)

Año	Mundial	México	Lat. Am.
1965	4.9	6.9	2.7
1975	3.9	5.3	2.0
1985	3.3	3.6	1.8
1995	2.8	2.7	1.4

ONU, 2001

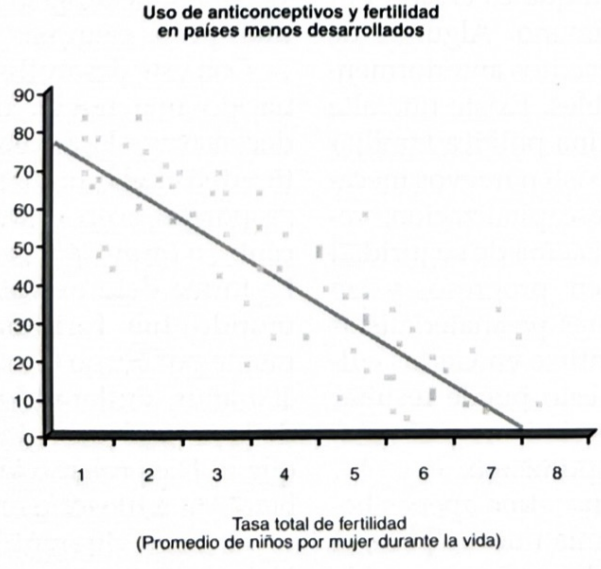
Cuadro XII

Población europea en el año (millones)

Región	2000	2050	Dif.
Europa Norte	95.1	92.8	-2.3
Europa Occidental	183.3	170.9	-12.4
Europa Sur	144.9	116.9	-28.0
Europa Occidental	304.2	222.7	-81.5
Total	727.5	603.3	-124.2

ONU, 2001

Figura 1



tivos y la tasa de fertilidad en los países en desarrollo.[7] Sin embargo, la anticoncepción es sólo el medio y no la razón. Las razones son mucho más complejas y reflejan un cambio fundamental en la sociedad.

Entre los *ingredientes clásicos* hay que mencionar el aumento en la expectativa de vida, el uso extensivo de tecnologías anticonceptivas, la urbanización y hacinamiento, la eliminación del analfabetismo y el cambio social donde la incertidumbre y la inestabilidad reemplazan los valores tradicionales . Entre los *nuevos ingredientes* están la "atomización social" y el feminismo relacionado, los beneficios de pensión colectivos, el nomadismo globalizado, la pérdida de la juventud de la mayoría y el síndrome del "Fin del trabajo", por razones de automatización de los métodos de producción.[10]

¿Qué es *la atomización social*? Un par de ejemplos pueden explicarla. En Japón entre 1975 y 1995 la proporción de mujeres que nunca se casaron aumentó significativamente (Cuadro XIII); el aumento es altamente significativo en cada uno de los grupos de edad.[11]

En Italia el porcentaje de mujeres de 25 años, nacidas entre 1950 y 1970, las cuales no viven en ninguna clase de unión, aumentó de 30.8% a 59.7%. Como se puede ver en el cuadro XIV, el aumento para los hombres de 30 años fue comparable; de 24% a 43.6%.[12]

Con respecto a la baja fertilidad, los *determinantes importantes* incluyen por ejemplo aumento de la autonomía femenina, aumento grande en la educación femenina, aumento en la participación femenina en la fuerza laboral, aumento en la inestabilidad en las uniones y algunos fuertes, pero bastante difusos cambios ideológicos en la percepción de los nuevos papeles de la mujer en la sociedad y en la familia.[13]

Cuadro XIII

Porcentaje de mujeres japonesas que nunca se casaron, según grupo de edad

Edad	1975	1985	1995
25-29	20.9	30.6	48.0
30-34	7.7	10.4	19.7
35-39	5.3	6.6	10.0

Cuadro XIV

Porcentaje de mujeres de 25 años y hombres de 30 años, que no viven en ninguna clase de relación, por cohorte de nacimiento

Nacidos en	Mujeres	Nacidos en	Hombres
1946-50	30.8	1946-50	24.0
1956-60	39.8	1956-60	35.4
1966-70	59.7	1966-70	43.6

A. Golini, 1999

¿Cómo inventar nuestro futuro? Gabriel García Márquez dice "como no es posible predecir el futuro, hay que inventarlo". Él tiene razón, porque nuestro futuro no está escrito, ya que es creado por el cerebro humano. Algunos de los factores descritos anteriormente son reversibles. Existe una alta demanda de una política familiar de dos hijos, existen nuevos mecanismos de descapitalizacion, reformas en el sistema de seguridad social están en progreso, y un cambio a valores posmaterialistas pueden ya sentirse en ciertas culturas.[10] Todo esto puede resultar en el fin del pesimismo y el renacimiento del optimismo.

De hecho, nosotros apenas hemos iniciado una nueva época, el tercer milenio. Yo estoy convencido de que cada nueva época tiene un nuevo contenido espiritual, ético y filosófico. Estoy convencido de que la nueva visión del mundo será el *antropocéntrico*. Durante millones de años la naturaleza moldeaba a la humanidad; hoy el hombre está moldeando a la naturelaza y establece fronteras entre lo que es considerado biológicamente posible o imposible; la anticoncepción, reproducción asistida y manipulación genética son sólo unos pocos ejemplos.

Con este desarollo científico ha nacido una nueva filosofía, que deconstruye la forma determinística de ver el mundo y la reemplaza por un acercamiento antropocéntrico impulsado por la ciencia. La forma determinística de ver el mundo fue formulada clásicamente por Hugo Grotius hace casi 400 años, declarando que "la ley de la naturaleza es tan inalterable que ni Dios mismo la puede cambiar".[14] La filosofía antropocéntrica es muy diferente. El Premio Nobel, Ilya Prigogine dice "Somos

testigos de una nueva ciencia que refleja la complejidad del mundo real; una nueva ciencia que considera a nosotros y a nuestra creatividad como parte de un movimiento fundamental en todos los niveles de la naturaleza".[15] El mensaje es que no podemos más considerar a la futura evolución de nuestro mundo sin considerar el impacto de nuestra creatividad en él.

¿Puedo sugerir por lo tanto que la ciencia es omnipotente? De ninguna forma, ¡al contrario! El conocimiento humano es imperfecto y así permanecerá para siempre.

Sin embargo, es infinitamente perfeccionable. La investigación perfecciona constantemente el conocimiento humano y mejora nuestra condición humana.

La condición humana. De hecho, existe una increíble necesidad de perfeccionar la condición humana. En 1999, la doctora Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS resaltó: "más de un billón de personas entrarán al siglo XXI sin poder tener los beneficios de la revolución de la salud: sus vidas permanecerán cortas y marcadas por la enfermedad".[16] Noventa y dos por ciento de la carga de las enfermedades ocurre en los países de ingreso bajo y medio, que es en donde vive 85% de la población mundial, pero donde se benefician de 10% de inversión de la investigación global en salud.[17]

Sólo unos pocos ejemplos para ilustrar esa carga de la enfermedad: según los estimados de la OMS,[19] cada año hay 340 millones de nuevos casos de enfermedades sexualmente transmitidas; 10% de ellos ocurren en Latinoamérica. Más de 36 millones de personas están infectadas de SIDA; 95% de ellas viven en países menos desarrollados. Alrededor de 13 millones de personas están infectadas de SIDA y de tuberculosis. Cada año ocurren unos 46 millones de abortos inducidos, la mitad de ellos son hechos en condiciones no seguras y la mitad de ellos son clandestinos.

La mortalidad materna puede llegar a niveles muy altos de 2,100 por 100,000 nacidos vivos como en Ruanda o muy bajos como 6/100,000 en Finlandia.[18] Los datos de México son mejores que los de Brasil o Argentina, pero no tan buenos como los reportados por Chile y Cuba (Cuadro XV).

La tasa de mortalidad infantil puede ser tan alta como 161/1,000 (como en Afganistán) o tan baja como 4/1,000 en Finlandia. Los datos de México son mejores que los de Brasil, pero no tan buenos como en Argentina, Chile o Cuba (Cuadro XVI).

¿Y la pobreza? Sin embargo, la enfermedad más seria de todas es la pobreza ¿Es en realidad la pobreza una enfermedad? Sí y mucho. La OMS declaró explícitamente que "la pobreza es la enfermedad más difundida, penetrante e intratable que existe en el

Cuadro XV

Tasa de mortalidad materna ejemplos (1995)

País	Muertes maternas por 100 000 nacidos vivos
Ruanda	2,100
Somalia	1,600
Afganistán	820
Brasil	260
Argentina	85
México	65
Chile	33
Cuba	24
EUA	12
Finlandia	6

OMS, 2001

Cuadro XVI

Tasa de mortalidad infantil

País	Mortalidad infantil por 1000 nacimientos
Afganistán	161
Ruanda	119
Brasil	38
México	28
Argentina	20
Chile	12
Cuba	7
EUA	7
Finlandia	4
Total mundo	55

ONU, 2001

mundo hoy". De hecho, desde el amanecer de la historia, siempre lo ha sido. Hace 2,500 años o algo así, el maestro filósofo de China, Confucio dijo que "en un país bien gobernado la pobreza es algo de qué avergonzarse, en un país mal gobernado la riqueza es algo de qué avergonzarse".[20] Eso fue hace 2,500 años, pero hoy... tenemos todas las posibilidades tecnológicas para reducir en forma importante el sufrimiento humano; dar servicios de salud para todos; eliminar muchas enfermedades y erradicar la pobreza y el hambre. Desgraciadamente, el progreso en estas áreas es muy lento.

Muchos factores intefieren con la eliminación de la pobreza, por ejemplo, muchos lados oscuros de la natureleza humana, como el egoísmo, indiferencia, agresión, destructividad, hipocresía, cinismo desnudo y lo peor de todo — el tan bien caracterizado por Primo Levi: "el vicio bestial del odio".[21]

¿Cuánta pobreza hay en el mundo hoy? El Banco Mundial estima[22] que de los 6,000 millones de habitantes, 1,200 millones viven con menos de un dólar al día y que 2,800 millones viven con menos de dos dólares al día. Ejemplos de la dimensión de la pobreza en algunos países pueden verse en el cuadro XVII.

Unos 600 millones de personas en China y 850 millones en India viven con menos de dos dólares al día y aun en México viven 18 millones de personas con menos de un dólar al día y alrededor 43 millones con menos de dos dólares al día.

Y la Doctora Brundtland de la OMS nos recuerda que "durante la última década, se ha reconocido que la pobreza y la salud están cercanamente ligadas. Ahora sabemos que unas pocas enfermedades — como el HIV/SIDA, la tuberculosis, la malaria, enfermedades infantiles, y las condiciones en salud reproductiva están directamente golpeando al desarollo económico de los países pobres".

En verdad, hay un consenso en la comunidad internacional, que la reducción y la eventual erradicación de la pobreza, debe ir de la mano de medidas esenciales para mejorar la salud materna e infantil, salud reproductiva en general y educación dentro del marco de las metas aceptadas del Desarrollo Internacional.[22]

Para el año 2015 se busca:

- Reducir *a la mitad* el número de personas que viven con menos de un dólar al día,
- Proveer de escolarización primaria a todos los niños,
- Eliminar las diferencias de género en la educación primaria y secundaria, y reducir la mortalidad neonatal e infantil *en dos terceras partes*.

También se pretende

- Reducir la mortalidad materna en *tres cuartas partes*,
- Asegurar universalmente acceso a servicios de salud reproductiva e implementar estrategias nacionales para un desarrollo sustentable en cada país.

Hay también un consenso general que las metas mencionadas necesiten una colaboración cercana entre los sectores privados y públicos. Lo que era considerado como imposible en los años 1970 y 1980 es hoy un ingrediente esencial en el campo internacional. De hecho, la OMS tiene colaboraciones con una docena de compañías farmacéuticas y muchas organizaciones no gubernamentales hacen lo mismo. Por ejemplo la Fundación Rockefeller tiene un proyecto en colaboración con Schering AG para desarrollar un anticonceptivo para el hombre.

Optipesimismo y el futuro. Todo esto muestra qué correctos estaban nuestros antecesores medievales cuando dijeron que *tempora mutantur, nos et mutamur in illis*,[23] los tiempos cambien y nosotros con ellos. Así como yo lo veo, el viento de las nuevas realidades está soplando con mayor intensidad; algunas personas tratarán de construir escudos de viento protectores, otros nuevos tipos de molinos de viento... Siem-

Cuadro XVII

Pobreza en los países seleccionados

País	Población (millones)	< 1 $ %	< 2 $ %
China	1,282	18	54
India	1,009	44	86
Indonesia	212	15	66
Brasil	170	5	17
Rusia	145	7	25
Pakistan	141	31	84
Nigeria	114	70	91
México	99	18	43

ONU, 2001

pre habrá pesimistas y optimistas. Y en nuestro mundo de hoy es bastante fácil volverse pesimista cuando se refleja en el comportamiento humano, y un optimista cuando se observa el enorme progreso alcanzado por la humanidad. Mientras soy pesimista varias veces al día, también soy optimista varias veces al día. Así que me pueden llamar *optipesimista*. Sin embargo, soy mucho más optimista que pesimista, ya que toda nuestra biología evolutiva me sugiere que la condición humana no es un destino; ella puede cambiar y mejorar con el tiempo y las circunstancias.

En un discurso al Colegio Real Médico de Londres el 1944, Winston Churchill subrayó que "Mientras más se pueda mirar hacia atrás, más se podrá mirar adelante". Mirando atrás 50,000 años, dos físico-atómicos, Lesher y Howick escribieron en 1966:

"800 vidas humanas pueden abarcar más de 50,000 años. Pero de éstas 800 personas, 650 vivieron en cavernas o en peores circunstancias, sólo las últimas 70 tuvieron una forma efectiva de comunicarse entre ellas, y sólo las últimas seis vieron la palabra impresa y tuvieron alguna manera de medir el calor o el frío. Soló las últimas cuatro pudieron medir el tiempo con alguna precisión, sólo las últimas dos usaron motores eléctricos y la amplia mayoría de los bienes que conforman nuestro mundo material fueron desarrolladas durante la vida de la persona ochocientosava".[24]

Puedo añadir a esto que durante mi propia vida yo he presenciado más progreso en las ciencias y tecnología que todos los científicos de periodos anteriores juntos, desde el amanecer de la historia. De hecho, cuando me gradué de la Escuela de Medicina en 1944, el "tamaño crudo" de las ciencias médicas era probablemente 5% o menos del tamaño de hoy.

Yo he sido parte del desarrollo —por primera vez en la historia— cuando la provisión de ayuda internacional a gran escala a cualquier esquina del planeta se hizo realidad. Así, no es sorprendente que sea un optimista más que pesimista y que estoy de acuerdo con la filosofía de Bertrand Russell: "En el sentido biológico, el hombre, la última de las especies, es todavía un niño. No se le puede poner límite para lo que él pueda alcanzar en el futuro".[25]

La sabiduría de la esperanza. Soy un optimista, pero no soy un optimista ingenuo: No niego que estamos viviendo en un mundo muy complicado, que a mí me da la impresión de un mar tempestuoso, donde la frágil barca del racionalismo está constantemente amenazada por las altas olas de la pasión, fanatismo religioso y emoción. Y yo no niego que estamos viviendo en un mundo aparentemente irracional de contradicciones y paradojas, donde el enorme progreso científico es acompañado por la confusión política y una globalización por una fragmentación; es un mundo de fluctuaciones, de incertidumbre y de impredictibilidad. Sin embargo, al mismo tiempo, puedo ver un mundo con infinitas posibilidades de usar el ilimitado potencial intelectual del *homo sapiens* para mejorar la condición humana.

Mi poeta favorito, T.S.Eliot dice:

... la única sabiduría que
podemos anhelar de alcanzar
es la sabiduría de la humildad:
La humildad es infinita.

(East Coker, 1940)

Sin embargo, estoy profundamente convencido, que hay también otra sabiduría —igualmente importante. Yo lo llamo la *sabiduría de la esperanza*. Todos nosotros podríamos, deberíamos — y ciertamente tendríamos— que generar más esperanza, la nueva generación desesperadamente necesita gran cantidad y variedad de esperanza! Como Epictetus escribió hace casi 2,000 años en "El Encheiridion"(ca. 110 AD):

"Una barca no debe ser fijada por una sola ancla, tampoco la vida por una sola esperanza".

Por lo tanto mi mensaje a mis amigos mexicanos y colegas viene del país donde nací, Hungría, donde el gran poeta húngaro del siglo XIX, Imre Madách en su "The tragedy of Man" (1860) escribió:

"Mondottam ember: küzdj és bizva bizzál" ("Ay hombre, esfuérzate, ten fe y confianza"). ■

Referencias bibliográficas

1. Clark C. Population Growth and Land Use. New York: St Martin´s Press, 1968.
2. Durand JD. Historical estimates of World Population: An Evaluation. Pop Devel Rev 1977; 3: 253-296.
3. Biraben JN. Essai sur l'évolution du nombre des hommes. Population 1979; 34: 13-24.
4. Johnson SP. World Population and the United Nations. Challenge and Response. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
5. Freud S. Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. Wien Klin Rundsch 1898; No. 2.
6. Diczfalusy E. Gregory Pincus and steroidal contraception: a new departure in the history of mankind. J Steroid Biochem 1978; 11: 3-11.
7. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998. ESA/P/WP.155 New York: UN, 1999.
8. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Prospects:The 2000 Revision. ST/ESA/SER.A/204 Sales No. E. 01 XIII. 12, New York: UN, 2001.
9. United Nations Departrment of Economic and Social Affairs Population Division.Population Bulletin of the United Nations. Below Replacement Fertility. ST/ESA-/SER.N/40-41: iii, 1999. New York: UN,2000.
10. Chesnais J-C. Determinants of below-replacement fertility.Population Bulletin of the United Nations 1999; ST/ESA/SER. N/40-41: 126-136.
11. Kaneko R. Below-replacement fertility in Japan:trends-,determinants and prospects. Population Bulletin of the United Nations 1999; ST/ESA/SER. N/40-41: 266-291.
12. Golini A. Levels and trends of fertility in Italy:are they desirable or sustainable? Population Bulletin of the United nations 1999; ST/ESA/SER. N/40-41: 247-265.
13. Lesthaeghe R, Willems P. Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? Population and Development Review 1999; 25: 211-228.
14. Grotius H. (Huig van Groot). De Jure Belli ac Pacis Libris (Rights of War and Peace). Paris: W.Buon, 1625.
15. Prigogine I. The End of Certainty - Time, Chaos, and the New Laws of Nature. New York: The Free Press, 1997.
16. World Health Organization. The World Health Report 1999. Making a Difference. Message from the Director-General. Geneva: World Health Organization, 1999: IX.
17. World health Organization. Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva:World Health Organization, 2000.
18. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Annual Technical Report 2000 +. Geneva: World Health Organization, 2001.
19. WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal Mortality in 1995. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva: World Health Organization, 2001.
20. Confucius (Cung Fu-t si) (551-479 BC). Analects VIII.
21. Levi P. The Drowned and the Saved. London:Michael Joseph, 1988.
22. The World Bank. World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty. Oxford:Oxford University Press, 2001.
23. Gartner A. Proverbialia dicteria 1566; 16: fol. C4.
24. Lesher RL, Howick GJ. Assessing Technology Transfer. 1966; NASA Report SP-5067,pp.9-10. Quoted by Mackay AL:Scientific Quotations: The Harvest of a Quiet Eye. p.94-95. New York:Crane,Russak & Company,Inc., 1977.
25. Russell B. Has Man a Future? London: Allen and Unwin, 1961: 127.

GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA
DE MÉXICO

Artículo de revisión

Anticoncepción en México

■ Dr. Alberto Alvarado Durán[1]

■ **RESUMEN**

Se presenta una revisión histórica de la anticoncepción en México, desde el primer antecedente en 1961 hasta el momento actual, describiendo en las distintas etapas las características de indicación e investigación de los métodos anticonceptivos.

Palabras clave: Anticoncepción, planificación familiar, investigación, hormonales, reproducción, embarazo

(Alvarado Durán A. Anticoncepción en México. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 227)

■ **ABSTRACT**

This is an historic review of contraception in Mexico from 1961 to 2002. It includes a description about prescription and investigation on each contraceptive option.

Key words: Contraception, family planning, research, hormonal, reproduction, pregnancy

(Alvarado Durán A. Contraception in Mexico. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 227)

■ INTRODUCCIÓN

La anticoncepción en México se inició en la década de 1961, 13 años antes de que existiera el programa oficial de planificación familiar. En esa década se desarrollaron programas de anticoncepción en México en seis centros clínicos, tres de la medicina privada y tres de la medicina institucional. Cada uno de estos programas tenía diferentes objetivos, así, el primer centro que funcionó fue la Asociación para el Bienestar Familiar, cambiando su nombre posteriormente a Prosalud Materna. Inicia labores en 1960 con fines de planificación familiar y es dirigido por la Dra. Edris Rice-Wray.[1]

El siguiente grupo privado que aplica métodos anticonceptivos fue en 1964 el Centro de Investigación en Fertilidad y Esterilidad (CIFE) dirigido por el Dr. Jorge Martínez Manautou. Sus actividades se centraron en la investigación de métodos anticonceptivos hormonales.[2]

El tercer grupo privado fue la Fundación para Estudios de Población Asociación Civil (FEPAC) en 1969, dirigida por el Dr. Sergio Correu y sus objetivos principales eran los de planificación familiar.

En la medicina institucional se inicia la aplicación de métodos anticonceptivos en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 2, del Centro Médico Nacional, IMSS (HGOCMN) en 1964 y sus objetivos fueron el control de la fertilidad por indicaciones médicas y obstétricas para la prevención del embarazo de alto riesgo.[3,4] Este grupo estuvo coordinado por el Dr. Alberto Alvarado Durán.

El segundo grupo de trabajo en anticoncepción en la medicina institucional fue el Departamento de Biología de la Reproducción del Instituto Nacional de la Nutrición, SSA, en 1965, cuyo jefe era el Dr. Carlos Gual. El objetivo principal de este centro fue la investigación de anticonceptivos hormonales.[5]

El tercer grupo fue el del Hospital de la Mujer, SSA, en 1967, dirigido por el Dr. Alfonso Gutiérrez Nájar y su principal objetivo fue el desarrollo de la oclusión tubaria por el método endoscópico de culdoscopía.

Ahora bien, para estudiar la evolución de la anticoncepción en México, es conveniente enfocarla desde cuatro puntos de vista diferentes aunque, obviamente, relacionados entre sí y son los siguientes:

[1]Hospital de México

1. Control de la fertilidad por indicaciones médicas y ginecoobstétricas.
2. Desarrollo de la investigación de métodos anticonceptivos.
3. Planificación familiar.
4. Salud reproductiva.

■ CONTROL DE LA FERTILIDAD POR INDICACIONES MÉDICAS Y GINECOOBSTÉTRICAS

Como ya se mencionó antes, el primer grupo de médicos que ofreció métodos anticonceptivos por indicación médica fue el conformado por profesionistas del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional (HGOCMN) del IMSS en 1964. El objetivo de proporcionar métodos anticonceptivos a la población derechohabiente atendida en el HGOCMN fue brindar protección anticonceptiva a las pacientes en las que se determinaron indicaciones médicas, ginecológicas y obstétricas que contraindicaban un embarazo. Para ello, se establecieron métodos anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos en aquellos casos en los que se deseaba espaciar los embarazos, practicando también la oclusión tubaria (salpingoclasia) para aquellos otros en los que de acuerdo al riesgo obstétrico, se consideraba preferible no tener más embarazos, decisión tomada por la pareja con la información que el médico proporcionaba.

Las consideraciones médicas para indicar un método anticonceptivo se hacían en el seno de un Comité formado por ginecólogos del Hospital, quienes aceptaron participar en dicho Comité y cuyo nombre no se hacía público, excepto el del Coordinador, para que no estuvieran sujetos a presiones de índole no médica pues en aquella época tanto en la sociedad en general como en el cuerpo médico del país no se aceptaba abiertamente la anticoncepción. Sin embargo, cuando algún médico del Hospital consideraba que existía alguna indicación médica para el control de la fertilidad en una paciente, enviaba un resumen clínico del caso al coordinador del comité quien lo sometía a los demás integrantes y de la discusión del caso se tomaba o no la decisión de aplicar algún método anticonceptivo, lo cual se hacía con la anuencia de la paciente, en la clínica de control de fertilidad que atendía el coordinador.

Un número importante de las pacientes admitidas en el HGOCMN, presentó algún tipo de patología médica que complicó seriamente la atención obstétrica y la reproducción, e influía desfavorablemente en el manejo y pronóstico de aquella. Por otra parte, diferentes problemas ginecoobstétricos han dejado secuelas importantes que requieren estudios especializados y tratamientos prolongados y un nuevo embarazo causaría una interferencia con graves consecuencias para el pronóstico inmediato y mediato de estas enfermas. En ambas clases de pacientes, se consideró necesario el control temporal de la fertilidad para poder continuar el estudio y tratamiento completo que, al terminar, proporcionara suficientes elementos de juicio a fin de aconsejar la reanudación o la suspensión de la fertilidad.

Las bases conceptuales en que se sustentó el desarrollo de la Clínica para el Control de la Fertilidad, así como los resultados de la aplicación de métodos anticonceptivos, fueron presentados en 1996 en el Congreso Mundial de Fertilidad en Estocolmo, Suecia en 1996,[2,3] así como en el medio ginecológico en México.[6] A continuación se presentan algunos de estos conceptos básicos ya que más de 30 años después se consideran vigentes.

El embarazo constituye un riesgo natural para el organismo materno en un porcentaje determinado por diversas patologías como el aborto espontáneo, la toxemia, la hemorragia, la infección o procedimientos quirúrgicos para la atención del nacimiento. Ahora bien, cuando la madre padece alguna enfermedad previa, al riesgo obstétrico natural se agrega el representado por la influencia del embarazo sobre el curso de la patología presente. Esta repercusión negativa puede alcanzar grados diferentes, desde una consecuencia inmediata evidente en la madre o en el feto, hasta un resultado apreciable solo en forma mediata.

Existiendo un número importante de padecimientos en los que puede influir desfavorablemente el embarazo y a su vez éste verse complicado por el padecimiento previo o consecuente, se hace necesario el control de fertilidad en forma temporal o permanente. El control temporal ofrece la oportunidad de estudiar a una paciente por el tiempo que se haga necesario a fin de decidir la indicación o no de un método definitivo de anticoncepción el cual, de practicarse, debe ser plenamente aceptado por la pareja a quienes se les ha informado con absoluta claridad la conveniencia del método así como sus consecuencias, riesgos y beneficios.

En otros casos, el control temporal de la fertilidad puede

limitarse al espaciamiento del número óptimo de embarazos en función de que se considere la familia no satisfactoriamente formada y la pareja desee completarla, estando en pleno conocimiento de los riesgos involucrados.

Desde un punto de vista médico, es conveniente recordar las declaraciones sobre el control de la fertilidad que se han establecido desde años atrás:

1. Un reconocimiento inteligente de los problemas más relacionados con la reproducción humana, incluyendo la necesidad de un determinado control de la población, es algo más que un asunto de paternidad responsable, es un asunto de un ejercicio médico responsable.
2. La profesión médica debe aceptar una mayor responsabilidad en los problemas relativos a la reproducción humana, tanto por lo que afectan al total de la población como a la familia en particular.
3. Para cumplir con esta responsabilidad, los médicos deben estar preparados para ofrecer consejo y orientación cuando sus pacientes llegan a requerirlos, o referir a estas pacientes a las personas con los conocimientos adecuados.
4. Las sociedades médicas tienen la responsabilidad de difundir información sobre la reproducción incluyendo la conducta sexual, por todos los medios apropiados entre los médicos.

■ INVESTIGACIÓN DE NUEVOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En este capítulo se hará referencia principalmente a las contribuciones de los médicos mexicanos, para el estudio y desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos.

■ MÉTODOS HORMONALES

Los pioneros que desarrollaron la primera píldora anticonceptiva fueron Pincus y Rock quienes demostraron que la asociación de estrógenos y progestágenos podían ser empleados como anticonceptivos inhibiendo la ovulación, la primera formulación farmacéutica con este fin se inició en 1960. Una importante contribución mexicana previa al uso de estos hormonales como anticonceptivos, fue la síntesis de progestágenos que se hizo en México por investigadores mexicanos, entre los que destaca Luis Miramontes, en los laboratorios Syntex. Específicamente la síntesis de noretindrona en 1951, noretisterona en 1952 y acetato de clormadinona en 1959, participando también el químico mexicano Enrique Batres.[5]

En 1964 se estableció el Centro de Investigación sobre Fertilidad y Esterilidad (CIFE), institución privada, integrada por brillantes investigadores como Jorge Martínez Manautou, Juan Giner Velázquez, Ramón Aznar Ramos y otros más.[2] En colaboración con investigadores de universidades de Estados Unidos establecieron un nuevo método anticonceptivo hormonal oral que se llamó secuencial pues trataba de semejar el ciclo fisiológico normal del ovario pero con dosis hormonales que inhiben la ovulación.[7] Consistió en la administración cíclica de 20 tabletas, de las cuales las primeras 15 contenían solamente estrógenos (mestranol) y las últimas 5 tabletas contenían mestranol más un progestágeno, el acetato de clormadinona. Las publicaciones de sus resultados hicieron que se tuviera como una alternativa en la anticoncepción hormonal oral. La evolución de las formulaciones de los anticonceptivos hormonales fue disminuyendo la concentración de los estrógenos e incluyendo nuevos progestágenos de segunda y tercera generación para disminuir los efectos secundarios indeseables, hizo que se abandonara como método anticonceptivo la administración secuencial de los hormonales.

Otra importante aportación de Martínez Manautou y su grupo a la investigación de métodos de anticoncepción hormonal fue la demostración de que una pequeña dosis diaria continua de clormadinona, 500ug, sin asociarla a estrógenos tiene una buena acción anticonceptiva, y desde su publicación en 1967 en el *British Medical Journal*, ha sido aceptado como un buen método anticonceptivo hormonal oral.[8-10] Esta píldora no impide la ovulación en la mayoría de los casos pues es otro el mecanismo anticonceptivo que tiene y así se generó el concepto de anticoncepción hormonal no anovulatoria. Este trabajo ha sido base esencial para el desarrollo posterior de otros métodos anticonceptivos que actualmente se usan, como son los implantes subdérmicos de progestinas. Varios años después del uso de esta minipíldora, se encontró en una investigación en modelo animal que la clormadinona podía producir cáncer de mama en las perras beagle, por lo que se retiró del mercado esta píldora anticonceptiva. Actualmente la mayoría de las agencias reguladoras de medicamentos no le dan ningún valor a esos experimentos en esa raza de perras ya que con-

cluyeron que las beagles no son un modelo apropiado para investigación hormonal.

No obstante, el principio en que se basa este método anticonceptivo se ha preservado[11] y actualmente es vigente y de uso común, con otro tipo de progestágenos como el levonorgestrel, particularmente en aquellos casos en que se requieren dosis mínimas de progestinas sin estrógenos como es el caso del control de la fertilidad en las pacientes que están lactando.

Dentro de la investigación de nuevos métodos de anticoncepción hormonal oral, se debe mencionar que en el HGOCMN se hizo un estudio en 1970 administrando mestranol y etinilestradiol como anticonceptivo y adicionando 7 tabletas más, que contenían sólo fumarato ferroso con lo cual se logró que este compuesto fuera útil para recuperar la pérdida de hemoglobina por la menstruación en aquellas pacientes con una nutrición deficiente.[12] Varios años después, Rivera Dam y col. confirmaron la hipótesis de trabajo que nos llevó a realizar esa investigación clínica.[13]

En el Instituto Nacional de la Nutrición, Carlos Gual y colaboradores hicieron estudios con anticoncepción hormonal desde 1965, aportando importantes contribuciones a la endocrinología de la reproducción, particularmente con anticonceptivos hormonales de larga duración. Entre 1968 y 1971 desarrollaron un compuesto inyectable mensual y en años recientes, en el mismo Instituto, Gregorio Pérez Palacios, Josué Garza Flores y colaboradores hicieron estudios farmacodinámicos con dos nuevos anticonceptivos inyectables mensuales, uno a base de acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol, y el otro con enantato de noretisterona y valeriato de estradiol. Posteriormente se hicieron los estudios clínicos de fase III, auspiciados por la Organización Mundial de la Salud, por la Dirección General de Salud Reproductiva y dados los buenos resultados, ambos inyectables han sido introducidos en el armamentario farmacológico actual de los anticonceptivos.[5]

Dentro de los anticonceptivos hormonales inyectables, cabe destacar los trabajos de investigación clínica que se realizaron en México, en la Fundación Mexicana para el Estudio de la Población, por Sergio Correu y su grupo, que entre 1969 y 1972 tuvieron un gran desarrollo con la inyección trimestral de acetato de medroxiprogesterona.[5] Debido a algunos de sus efectos secundarios, este compuesto salió del Programa Nacional de Planificación Familiar, pero después de varios años de investigación, se ha definido que son más los beneficios que los riesgos que estos inyectables tienen y es por ello que actualmente siguen en uso.

Dispositivos intrauterinos

Tratándose de indicaciones médicas para posponer un embarazo, es indispensable utilizar los métodos más seguros y dadas las diferentes patologías que indican la anticoncepción, es necesario contar con varias opciones para seleccionar el mejor para cada caso. Entre los métodos temporales más efectivos para el control de fertilidad están los hormonales en primer lugar y el dispositivo intrauterino (DIU) en segundo lugar.

El DIU también ha sido motivo de investigación clínica en nuestro país desde los años sesenta. En efecto, en 1969 se publicaron las experiencias con el uso del DIU en pacientes que tenían indicación médica o ginecoobstétrica para el control de la fertilidad y que estaban siendo atendidas desde cuatro años antes, en el HGOCMN.[6]

Además de la investigación clínica de resultados del uso del DIU en pacientes con indicación médica para anticoncepción, se hizo otro tipo de investigaciones en el HGOCMN relacionadas con la valoración de los efectos secundarios y posibles complicaciones en su uso. Así, Ramón Aznar y asociados, reportaron en 1980 la experiencia del uso del DIU aplicado en el posparto inmediato o en el posaborto espontáneo, haciendo consideraciones que fueron trascendentes para la aplicación del dispositivo estudiando el tipo y la técnica de aplicación que asegurara una tasa de expulsión muy reducida.[14] Este procedimiento además de aplicarse como parte del programa de Planificación Familiar (PF) actual, tiene la base conceptual de proporcionar una protección inmediata a la mujer contra el embarazo, con una buena tasa de continuidad, sin afectar el proceso de lactancia materna. Está perfectamente definido que todo embarazo inmediato a cualquier evento obstétrico, ya sea parto, cesárea o aborto, constituye un factor predisponente para que el nuevo embarazo se pueda convertir en un embarazo de alto riesgo, si no han pasado por lo menos 12 meses después de dicho evento. Este razonamiento fue el mejor inductor a los médicos y a las pacientes atendidas en el HGOCMN el cual tenía la cobertura anticonceptiva posparto más alta de todo

el sistema hospitalario del IMSS. No era pues la imposición de una meta numérica de métodos anticonceptivos posparto, sino el entendimiento cabal de que la protección anticonceptiva es vital para conservar la salud de la mujer. Así es como se estableció a principio de los años ochenta el concepto de riesgo reproductivo en el IMSS, que venía manejando el HGOCMN desde varios años atrás y del que más tarde se volverá a tratar en el capítulo de Salud reproductiva.

En 1974, García Roel y colaboradores, en Monterrey, Nvo. León,[15] publicaron el desarrollo de un nuevo DIU para su aplicación en el puerperio inmediato. Este dispositivo fue diseñado por los autores; en el borde superior tenía un pequeño arpón que permitía anclar el DIU y disminuir así la tasa de expulsión.

Otros trabajos de investigación del HGOCMN, junto con médicos del Departamento de Investigación del mismo Centro Médico Nacional, son los estudios de Nieves Pedrón, Alfredo Gallegos y asociados, relacionados con la cuantificación de la pérdida sanguínea menstrual con el uso de los dispositivos, ya sea inertes como el asa de Lippes, o medicados con cobre o con progesterona. Estos estudios que van desde la cuantificación de la menstruación normal hasta la comparación del sangrado con diversos tipos de DIU medicados, permitieron establecer las ventajas del DIU de cobre que es ahora el más utilizado.[16-18]

Así mismo, se realizaron otras investigaciones clínicas acerca de la relación que pudiera tener el uso del DIU con la enfermedad pélvica inflamatoria, demostrándose que no existe relación de causa-efecto si no hay factores de riesgo agregados, como puede ser la falta de cuidado al aplicarlo, o la práctica sexual con múltiples parejas. Así mismo, en otras publicaciones de este mismo grupo de investigadores mexicanos se demostró que con la aplicación del DIU en el posparto, poscesárea y posaborto no hay mayor riesgo de infección que los aplicados en el intervalo gestacional.[19]

Algunas de las complicaciones que puede tener la inserción del DIU es la perforación uterina y el primer reporte en México de extracción del DIU en cavidad abdominal mediante laparoscopia, fue hecho por el grupo de investigadores clínicos del HGOCMN.[20,21]

Finalmente, es importante señalar que en cuanto a la experiencia en anticoncepción con DIU, Ramón Aznar no sólo fue pionero en México sino también altamente reconocido nacional e internacionalmente como uno de los expertos más connotados en el tema. Por otra parte, junto con Giner y Martínez Manautou desarrollaron la investigación, entre 1971 y 1974, de un DIU medicado con progesterona. Este tipo de DIU, ahora medicado con progestágenos, vuelve a ser muy utilizado en Europa.

Métodos definitivos

Otros métodos de anticoncepción de particular importancia en la investigación en México, han sido los métodos permanentes.

A partir de 1973, Quiñones, Alvarado-Durán, Aznar y col. publicaron una serie de artículos comunicando sus experiencias en el desarrollo de una nueva técnica de oclusión tubaria a través de histeroscopía, procedimiento endoscópico que en aquella época se utilizaba en el mundo sólo con propósitos diagnósticos. Fueron diversos los agentes que se utilizaron para la oclusión tubaria iniciando con la electrocoagulación de los orificios tubarios, después aplicación de quinacrina y aplicación de metilcianoacrilato.[22-26]

Otro procedimiento para salpingoclasia que se publicó por primera vez en México por el HGOCMN (1976-1978),[27,28] fue la aplicación por laparoscopia de anillos de silastic diseñados por Yoon en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore. Este procedimiento sigue siendo en la actualidad de uso común por su facilidad de aplicación y la pronta recuperación de la paciente. Así mismo, a partir de 1979 se publicaron los resultados de la salpingoclasia por minilaparotomía en el posparto inmediato, realizada en el HGOCMN.[29] Dos años después, comunicaron en otra publicación científica las ventajas de la salpingoclasia por minilaparotomía, realizada en el posaborto espontáneo inmediato, con un mínimo de complicaciones.[30]

También investigadores clínicos de Monterrey y de Guadalajara hicieron publicaciones sobre la oclusión tubaria por laparoscopia mediante electrocoagulación de las trompas.[31,32]

Fue muy interesante el resultado del estudio que el grupo del HGOCMN publicó en 1983, con relación a los factores que influyeron en las pacientes atendidas en ese hospital para la toma de decisión de la esterilización en la mujer.[33] En este estudio se realizaron tres encuestas entre las pacientes sometidas a salpingoclasia, cada una en fecha diferente, el primer grupo fue en 1973, el segundo en 1976 y el tercero en 1983. En las conclusio-

nes se establece que en la toma de decisión para la esterilización en la mujer, influyen varios factores entre los que destacan la indicación médica, la alta paridad, la condición socioeconómica, la mortalidad infantil, los temores al procedimiento, el cambio de actitud del personal profesional, la disponibilidad de los servicios, así como los adelantos en la tecnología médica que han hecho cada vez más simple la oclusión tubaria.

Ahora bien, a partir de que se estableció oficialmente el Programa Nacional de Planificación Familiar hubo cambios en las pacientes que acuden a buscar la esterilización en el Hospital. La tendencia es a que se realice el procedimiento en pacientes más jóvenes, con un número menor de hijos vivos, con un nivel educacional más alto y con una mayor actividad fuera del hogar. El promedio de edad bajó de 39.6 en 1973 a 32.2 en 1981. El promedio en el número de hijos vivos disminuyó de 6.7 en 1973 a 3.7 en 1981. Las indicaciones son cada vez más amplias, con lo que no solo se evita el riesgo que en la vida de la paciente significa el embarazo, sino también el impacto que éste tiene en la salud de la madre. La necesidad de dar una mejor educación a los hijos y tener una mejor condición económica inducen también a limitar la familia mediante la esterilización. Finalmente, cada vez disminuyen más los temores al efecto que la esterilización pueda tener en la salud, debido probablemente a la mayor experiencia tanto profesional como popular sobre las consecuencias de la esterilización en la mujer.

Otros investigadores mexicanos también aplicaron métodos para la oclusión tubaria, como Gutiérrez Nájar (1967-1969) quien desarrolló exitosamente la salpingoclasia por culdoscopía en el Hospital de la Mujer. Así mismo, en el Instituto Nacional de la Nutrición, Domezain, Díaz Sánchez y Pérez Palacios (1976) trabajaron con la instilación intrauterina de metilcianoacrilato para la oclusión tubaria, así como la salpingoclasia por minilaparotomía con anestesia local (1979).[5]

Métodos permanentes en el varón

Por lo que se refiere a los métodos anticonceptivos permanentes en el varón, en el HGOCMN Giner, Pedrón y col. iniciaron la vasectomía en el IMSS en la década de los ochenta. Tuvo un desarrollo lento y fue hasta varios años después, con la introducción de la técnica de vasectomía llamada sin bisturí, cuando ha cobrado un mayor auge contribuyendo a ello los programas de adiestramiento que desarrollaron S. Correu en la SSA y J. Giner, R. Aznar y M. Lozano en el IMSS.

■ PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Una transformación importante que ha experimentado la sociedad mexicana en los últimos 25 años es el cambio en las preferencias reproductivas y la incorporación de la Planificación Familiar (PF) como un valor en la vida de las personas.

Sin embargo, varios años antes del inicio de este cambio, ya era una necesidad la introducción de un programa de planificación familiar pero había muy poca conciencia tanto en las autoridades gubernamentales, instituciones políticas y en la misma sociedad sobre las consecuencias económicas y sociales del acelerado crecimiento demográfico.

A mediados de la época de los años sesenta muy pocas personas conocían los métodos para regular la fecundidad, casi exclusivamente era del conocimiento de las clases media alta y alta de la sociedad. El ambiente cultural de la época, a pesar de las transformaciones económicas y sociales experimentadas desde la década anterior, favorecía a las familias numerosas. El marco jurídico que prevalecía, producto de muchos años de políticas pronatalistas, imponía fuertes restricciones a la población para acceder al conocimiento y a los medios de anticoncepción.

Todavía a fines de 1969 siendo candidato electo a la presidencia de la República Luis Echeverría Alvarez, declaró que "gobernar es poblar". Sin embargo, el debate nacional e internacional aunado a la percepción de las consecuencias del crecimiento demográfico obligó al replanteamiento de la política de población por el propio Echeverría, y se hizo la modificación del marco jurídico. En 1973 se modificó el Código Sanitario, el cual prohibía la propaganda y venta de productos anticonceptivos. En enero de 1974 se publicó la Ley General de Población, que tenía por objeto regular los fenómenos demográficos y establecer la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación familiar. En diciembre del mismo año se reformó el artículo cuarto de la Constitución Política, consagrando el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. En 1984, se incluyó con la Ley General de Salud, la planificación familiar como parte de los servicios de salud.[34]

Descenso de la fecundidad

A partir de 1974 la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido de manera importante de acuerdo a los datos del CONAPO. Entre 1974 y 1999, esta tasa se redujo en 3.6 hijos por mujer. Sin embargo este descenso no fue uniforme pues en la primera etapa de 1974 a 1984 la TGF se redujo en 2.0 hijos con un decremento medio de 0.20 por año y en la segunda fase, 1984-1999, fue un descenso moderado de 1.7 hijos, con decremento promedio anual de 0.11 que es la mitad del descenso anterior.

También es importante señalar que el comportamiento demográfico ha sido distinto en el área urbana que en el área rural. La fecundidad ha sido siempre mayor en el área rural pues hasta 1980 la diferencia en la TGF es mayor en la rural con 2.8 hijos por mujer, aunque con el tiempo tiende a disminuir esta diferencia, según los estimados de CONAPO, a 1.2 hijos.

Otro factor importante que influye es el nivel educativo. Hay marcadas diferencias en la fecundidad pues en las mujeres sin instrucción, aun en fechas recientes, la TGF es el doble que en aquellas que por lo menos tienen un año de secundaria aprobado, o sea 4.7 hijos en comparación a 2.2 hijos por mujer.

Otra diferencia es entre las mujeres activas económicamente y las inactivas. Las diferencias en 1974 eran de 3.8 contra 6.9 y 2.0 contra 3.4 en 1996, aunque parece haber cierta convergencia en ambos grupos. La disminución de la brecha entre ambos grupos en los últimos años se puede interpretar como indicativo de que hay más amplio acceso a los servicios de PF.

■ PREVALENCIA DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Como ya se ha dicho, antes de 1964 eran muy pocas las mujeres que usaban un método anticonceptivo. La práctica anticonceptiva se incrementó en forma importante entre 1976 y 1982, con un aumento anual de 3%, siguió un ritmo más lento en los años 80 con 1% anual y se reanimó entre 1987 y 1992 a 2% por año, y entre 1992 y 1997 el incremento es de 1% por año.

El tipo de método ha cambiado en los últimos 25 años. Según CONAPO, en el inicio del programa de PF 35.9 % de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos empleaba pastillas, 23.3% métodos tradicionales y 18.7% DIU. En 1987 el uso de pastillas se redujo a la mitad y los métodos tradicionales pasaron a 14.7%; en cambio, la oclusión tubaria bilateral (OTB) aumentó de 8,9% a 36.2%. Para 1997 las pastillas bajaron aún más a 10.2%, el DIU pasó a 20.8% y la OTB subió a 44.7%. La vasectomía pasó de 0.6% en 1976 a 1.8%, es decir, aumentó 3 veces, sin embargo en el contexto de todos los métodos anticonceptivos es aún muy bajo.

Fuentes de obtención

A partir de que se inicia el programa de PF las instituciones públicas fueron aumentando como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos. En 1979 eran semejantes las fuentes de obtención públicas y privadas y en 1997 las públicas proporcionaron 75 % y las privadas 25%.

Impacto del descenso de la fecundidad en la dinámica demográfica

De haberse mantenido constante la TGF observada a principios de los años setenta, la población actual sería de 142.4 millones y no de 98.1, como se estimó antes del censo del 2000.

El efecto del descenso de la fecundidad desde 1970 se concentra a lo largo de los primeros 29 años de edad, como se puede observar. Las demandas de un patrón de alta fecundidad ejercen una fuerte presión sobre el aparato productivo, la provisión de servicios esenciales, la expansión del espacio urbano, el medio ambiente y la explotación de los recursos naturales. Además los problemas de subempleo, pobreza, marginación y de falta de servicios en todos los órdenes serían mucho más agudos que los que hoy se viven.

De todas formas es evidente que no sólo llegó tarde a nuestro país la PF, sino también que los gobiernos han sido incapaces de prever las consecuencias del crecimiento demográfico previsible y no han sabido generar los servicios esenciales, los de educación y de empleos que requiere ese incremento demográfico y por ello las mismas autoridades han tenido que reconocer que en el año 2000, casi la mitad de la población se encuentra en extrema pobreza.

■ SALUD REPRODUCTIVA

En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que se llevó a efecto en El Cairo, Egipto, se tomó como definición de salud reproductiva (SR) la que propone la OMS. La salud reproductiva supone un estado completo de bienestar físico, mental y social en todo lo relacionado con el sistema reproductor, sus funciones y procesos y no simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez. La SR implica la

capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

En 1995 la SSA fusionó la Dirección General de Atención Materno Infantil y la Dirección General de PF en una sola con la denominación de Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR) y así México fue uno de los primeros países que puso en práctica las decisiones tomadas en la reunión del Cairo. En este sentido la DGSR incluyó como sus principales programas los siguientes: Planificación familiar, salud perinatal, salud reproductiva de la población adolescente, salud de la mujer incluyendo riesgo preconcepcional, prevención, detección oportuna y manejo de la infertilidad, detección oportuna y manejo del cáncer del aparato reproductor femenino, atención al climaterio y la posmenopausia y prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual.

Con este enfoque la planificación familiar se incorpora dentro de un concepto más amplio que es el de salud reproductiva y en cierta forma, se regresa al concepto que en 1964 dimos en el HGOCMN de establecer la anticoncepción en todos los casos de riesgo reproductivo por enfermedades previas, intercurrentes, o patología obstétrica, e incluye también la anticoncepción por problemas demográficos y de desarrollo familiar y social.

Habiendo iniciado nosotros este concepto en 1964, es hasta 1983 cuando el IMSS incorpora el concepto de riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil, siendo el Jefe de los Servicios de PF Jorge Martínez Manautou.

El concepto de alto riesgo obstétrico se plantea en la literatura internacional desde 1963 y ya como riesgo reproductivo se encuentra en la literatura médica desde 1968 en que Gordon Perkin lo conceptuó así. Para ello utilizó las variables de edad, paridad, antecedentes obstétricos desfavorables y personales patológicos, intervalo intergenésico y condición social como factores de riesgo.

Como hace hincapié Vitelio Velasco,[35] el concepto de riesgo reproductivo es útil porque es aplicable a todas las mujeres en edad fértil. Permite prevenir los embarazos de alto riesgo, potencialmente puede evitar la morbimortalidad materna y perinatal, identifica patología general para seguimiento individualizado y de grupos de población y tiene utilidad epidemiológica al situarse en la prevención y no solo en la limitación del daño.

Con este concepto, se pueden identificar los siguientes factores de riesgo en la reproducción: a) edades extremas de la vida reproductiva, b) multigravidez, c) toxemia gravídica, d) cesárea previa, e) aborto, f) diabetes, g) cardiopatía, h) hipertensión arterial, i) nefropatía, j) intervalo gestacional corto, k) índice de masa corporal, l) prematurez, m) defectos al nacimiento.

A las mujeres en edad fértil que son portadoras de factores de riesgo reproductivo se les ofrece anticoncepción segura y de alta continuidad y en esta forma se logra reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

■ CONCLUSIONES

La anticoncepción se inicia en México en los años sesenta por tres centros de atención médica privada y tres centros de la medicina institucional, en este campo el Hospital de Gineco Obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional del IMSS es el primero.

La anticoncepción se hace oficial dentro de un programa de Planificación Familiar hasta 1974 logrando una disminución de la tasa global de fecundidad de 6.11 en 1976, a 2.48 en 1999. Como resultado el crecimiento poblacional fue de 98.1 millones en lugar de 142.4 millones si no se hubiera implantado el programa. Sin embargo, es indudable que la planificación familiar llegó tarde al país y además, con el crecimiento demográfico esperado, hubo incompetencia para generar servicios esenciales de educación y empleos lo que ha dado como resultado que la mitad de la población actual esté en la pobreza.

El área médica ha dado varias aportaciones de investigación clínica en el campo de la anticoncepción y, finalmente, se ha integrado a la planificación familiar en el más amplio concepto de salud reproductiva de acuerdo a los conceptos internacionales modernos. ■

Referencias bibliográficas

1. Rice-Wray E. Oral Contraception in Latin América Excerpta Medica. International Congress Series, 1963; 72: 358-68.
2. Martínez Manautou J. Sucedió en México. La saga de los anticonceptivos hormonales y del Programa de Planificación Familiar. 1994, Diseño Gráfico y por Computación. México, D.F
3. Lopez-Llera M, Alvarado-Durán A, Carbia AE. Medical and Obstetrical indications of ovulation control. Excerpta Medica International Congres Series, 1966; 133: 1092-5.
4. Alvarado-Duran A, Lopez-Llera M, Carbia AE. Temporary fertility control with ethinodiol diacetate plus mestranol in women with high obstetrical risk. Excerpta Medica International Congress Series, 1966; 133: 1096-9.
5. Perez-Palacios G, Garza-Flores J. The Contributions of mexican scientists to contraceptive research and development. In: Van Look PFA, Perez-Palacios G. Contraceptive research and development,1984-1994. WHO. 1994, Oxford University Press. P: 233-46.
6. Alvarado-Duran A, Lopez-Llera M, Carbia AE. Control temporal de la fertilidad con diacetato de etinodiol y mestranol en mujeres con alto riesgo obstétrico. Ginec Obstet Mex 1968; 23: 291-7.
7. Goldzieher JW, Livingstone Jr. NB, Martinez Manautou J, Moses LE. The use of sequential estrogen and progestin to inhibit fertility. Excerpta Medica, International Congress Series, 1963; 72: 325-7.
8. Rudell HW, Martinez-Manautou J, Maqueo TM. The role of progestagens in the hormonal control of fertility. Fertil Steril 1965; 16: 158-69.
9. Martinez Manautou J, Cortez GV, Giner VJ, Azanar RR, Casasola J, Rudel HW. Low doses of progestogen as an approach to fertility control. Fertil Steril 1966; 17: 49-55.
10. Martinez Manautou J, Rudel HW, Azanar RR, Giner J. Daily progestogen for contraception: a clinical study. BMJ 1967; 2: 730-5.
11. Rubio LB, Ruiz MJA, Bolio ABR, Meza E, Gomez AR. Efectos de linestrenol utilizado solo, a dosis bajas, como anticonceptivo. Ginec Obstet Mex 1975; 37: 365.
12. Alvarado-Durán A, Lopez-Llera M, Coutiño MJ, Bazan ST, Pequeño PT, Carbia AE. Valoración de una variante en el método simultáneo de contracepción oral. Ginec Obstet Mex 1970; 47: 311-3.
13. Rivera DR, Almonte, Arreola, Lopez, Monarres, Navarro, Ortiz, Perkin G, Ruiz. Tue use of three different oral contraceptives and IUDs, in anemic women, 6-months follow-up. Advances in Planned Parenthood 1980; 15: 56-9.
14. Reynoso RL, Alvarado-Durán A, Cordero MT, Aznar RR. El uso del dispositivo intrauterino en el período postparto inmediato. Ginec Obstet Mex 1980; 47: 311-5.
15. García RR, Saldaña GR, García FR. Un nuevo dispositivo intrauterino para el puerperio inmediato. Descripción, técnica de aplicación y resultados. Ginec Obstet Mex 1974; 36: 135-9.
16. Pedrón N, Gallegos CA, González DM, Aznar RR. Valoración del sangrado menstrual en la mujer mexicana. Ginec Obstet Mex 1979; 45: 429-31.
17. Pedrón N, González DM, Alvarado-Durán A, Gallegos CA, Aznar RR. Modificaciones del flujo menstrual con dispositivos intrauterinos de cobre. Ginec Obstet Mex 1982; 50: 165-7.
18. Pedrón N, González DM, Alvarado-Durán A, Gallegos CA, Aznar RR. Estudio comparativo de la pérdida sanguínea menstrual con dispositivos intrauterinos liberadores de progestágeno. Ginec Obstet Mex 1981; 49: 1-5.
19. Lara RR, Lun VJ, Gallegos CA, Alvarado-Durán A, Aznar RR. Dispositivos intrauterinos e infección endometrial. Ginec Obstet Mex 1981; 49: 297-302.
20. Alvarado-Durán A. Recuperación Laparoscópica de DIU en cavidad abdominal. En Laparoscopía en Ginecología. Edic. Med. AMGO 1984; 68-74.
21. Alvarado-Durán A, Kably AA, Hinojosa MM. Laparoscopía en la extracción del dispositivo intrauterino en cavidad abdominal. Ginec Obstet Mex 1985; 53: 309-14.
22. Quiñones GR, Alvarado-Durán A, Aznar RR. Tubal catheterization. Applications of a new technique. Amer J Obstet Gynec 1972; 114: 674-6.
23. Quiñones GR, Alvarado-Durán A, Aznar RR. Tubal electrocoagulation under hysteroscopic control. Contraception 1973; 7: 196-201.
24. Alvarado-Durán A, Quiñones GR, Aznar RR. Tubal instilation of quinacrine under hysteroscopic control. In: Sciarra JJ, Hysteroscopic Sterilization. Symposium Specialists Medical Book . Miami, Fla. 1974, p: 85-94.
25. Quiñones GR, Alvarado-Durán A, Ley CE. Tubal electrocoagulation under hysteroscopic control. Three hundred and fifty cases. Amer J Obstet Gynec 1975; 121: 1111-3.
26. Quiñones GR, Alvarado-Durán A, Ley CE. Hysteroscopic sterilization, follow-up of 800 cases. In: Sciarra JJ, Advanxces in female sterilization techniques. Harper and Row, Gagestown Maryland, 1976; p: 162-8.
27. Quiñones GR, Alvarado-Durán A, Ley CE. Ligadura tubaria con el anillo de Yoon, reporte preliminar. Ginec Obstst Mex 1976; 40: 127-9.
28. Alvarado-Durán, Quiñones GR, Ley CE. Salpingoclasia por laparoscopía con bandas de silastic. Ginec Obstet Mex 1978; 43: 7-12.
29. Alvarado-Durán A, Kably AA, Gallardo DL, Gutierrez JR. Salpingoclasia postparto por miniloaparotomía, análisis de 2,764 casos. Ginec Obstet Mex 1979; 46: 191-8.
30. Alvarado-Durán A, García LA, Solis RR. Salpingoclasia por minilaparotomía postaborto espontáneo. Ginec Obstet Mex 1981; 49: 239-43.
31. García FR. Esterilización por vía laparoscópica. Ginec Obstet Mex 1975; 38: 99-104.
32. Uribe RL, Ramírez AJ, Martínez OS, Esparza GJ. Esterilización femenina por laparoscopia. Ginec Obstet Mex 1975: 105-10.
33. Alvarado-Durán A, Villavicencia A, Niz RJ. Toma de decisión para esterilización en la mujer. Ginec Obstet Mex 1983; 51: 131-7.
34. Consejo Nacional de Población. La Situación Demográfica de México. CONAPO, México DF. 1999.
35. Velasco VM. El enfoque de Riesgo Reproductivo. En: Martínez Manautou J. Comunicación educativa en Salud Reproductiva y Planificación familiar,1989. AMIDEM, México D.F. p: 1-36.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Informe de caso

Hidrometrocolpos: diagnóstico prenatal. Informe de un caso

■ Dr. Carlos Ramón Jiménez Vieyra[1]

■ **RESUMEN**

El hidrometrocolpos se caracteriza por la obstrucción vaginal que ocasiona dilatación quística de útero y vagina secundaria a la acumulación de moco cervical y endometrial. Puede estar asociado a otras malformaciones tales como la polidactilia postaxial, atresia anal, atresia esofágica, agenesia renal, anomalías genitales y cardiopatía o ligada a una forma autosómica recesiva, La detección prenatal oportuna mediante ultrasonografía obstétrica ayudaría al diagnóstico diferencial y tratamiento temprano así como para la prevención de complicaciones.

Palabras clave: Diagnóstico prenatal; hidrometrocolpos; ultrasonografía; malformación genital

(Jiménez Vieyra CR. Hidrometrocolpos: diagnóstico prenatal. Informe de un caso. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 236)

■ **ABSTRACT**

Hydrometrocolpos is caracterized by a vaginal obstruction with cystic dilatation of uterus and vagina caused by accumulation of cervical and endometrial mucus. It could be in association with other malformations, such as postaxial polydactyly, anal atresia, esophageal atresia, renal agenesis, genital anomalies, cardiopathy or autosomal recessive disorder. The appropriate prenatal detection with the help of prenatal ultrasonography differential diagnosis and early treatment and prevention of complications.

Key words: Prenatal diagnosis; hydrometrocolpos; Echography; Genital malformation

(Jiménez Vieyra CR. Hydrometrocolpos: prenatal diagnosis. A case report. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 236)

■ INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas de fetos femeninos son muy raras y pocas veces se hace el diagnóstico prenatal. El hidrometrocolpos es una distensión quística del útero y vagina, debido a la acumulación de secreción de las glándulas endocervicales y trasudación del epitelio vaginal, esto representa en el recién nacido la existencia de un tabique vaginal transverso o bien, de himen imperforado.[1-3]

Un estudio ultrasonográfico prenatal puede diagnosticar la evidencia de esta malformación.[4,5]

Este trastorno genital requiere tratamiento oportuno al momento de nacer. El caso que presentamos muestra que el hidrometrocolpos puede ser evidenciado mediante la ultrasonografía prenatal, seguido de tratamiento oportuno para prevenir complicaciones o secuelas.

■ INFORME DE UN CASO

Mujer de 32 años de edad, que acude al hospital de Ginecoobstetricia No.3. del Centro Médico Nacional La Raza, posterior a la realización, de ultrasonido de primer nivel, a la semana 20 de gestación, con evidencia de masa quística en abdomen fetal.

Entre sus antecedentes ginecoobstétricos, menarca a los 11 años, ritmo de 28 X 4, secundigesta, primípara, con amenorrea tipo I, con primera gestación a término, cursando con ruptura prematura de membranas que culminó en eutocia, con recién nacido femenino sin malformaciones aparentes, peso de 2900 g, Apgar 8/9. Historia familiar negada a malformaciones y sólo carga genética para diabetes mellitus. El primer trimestre de su

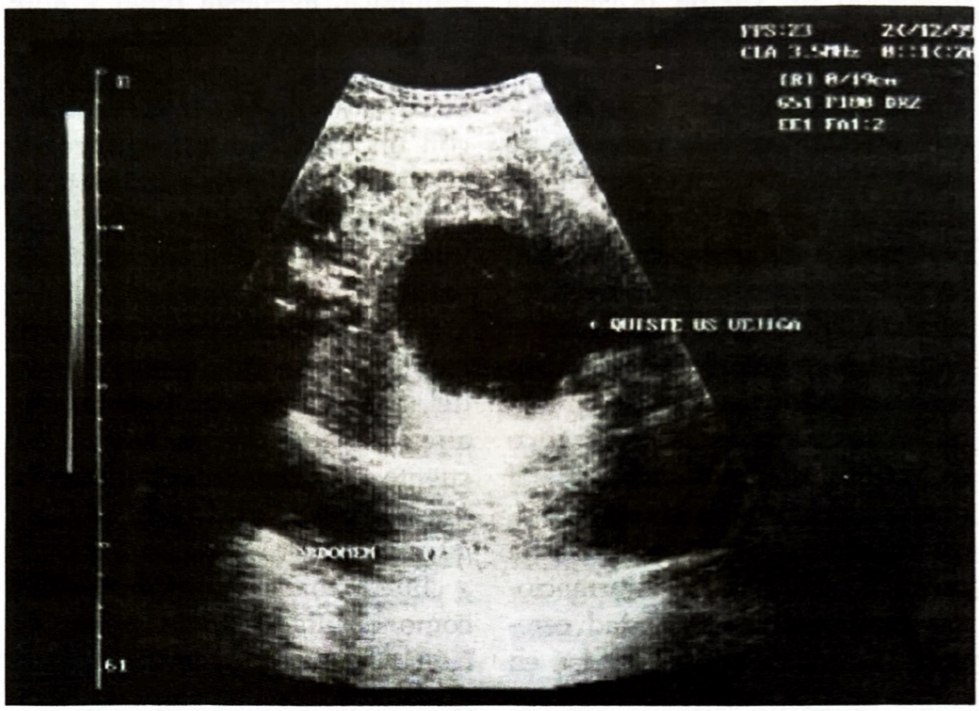
[1]Miembro del Comité local de investigación. Centro Médico Nacional La Raza. Hospital de Gineco-obstetricia No. 3

segunda gestación cursó normoevolutivo, a la semana 20 de gestación se aprecia imagen quística anecoica homogénea de contornos regulares y pared delgada de 50 X 40 mm, localizada en hueco pélvico, fetometría acorde con amenorrea; a la semana 28 cursa con amenaza de parto pretérmino por infección de vías urinarias con buena respuesta a betamiméticos y nitrofuranos. Se repite estudio ultrasonográfico a la semana 37 de gestación que muestra anatomía topográfica fetal con imagen quística con las características sonográficas ya citadas e incrementándose el tamaño a 70 X 63 mm, fetometría de 37 semanas, placenta grado II-III de Bonilla, sexo femenino, perfil biofísico 10/10 puntos (Figura 1), a esta semana presenta ruptura prematura de membranas, se obtiene mediante parto eutócico, recién nacido del sexo femenino, peso 3200 g, Apgar 8/9 con Capurro de 37 semanas, a la exploración del neonato se aprecia poliotia izquierda, hernia umbilical de 1 cm aproximadamente y presencia de tumor abdominopélvico móvil (Figura 2), sin evidencia de líquido libre en cavidad abdominal, protrusión a nivel genital. Es valorada por cirugía pediátrica quien confirma el diagnóstico de hidrometrocolpos, se realiza a las 72 horas resección de tabique vaginal, se drena la cantidad de 250 c/c de líquido cetrino y resección de poliotia; se continuó el estudio del recién nacido con serie esofagogastroduodenal. No se encontró malformación congénita del tubo digestivo.

■ DISCUSIÓN

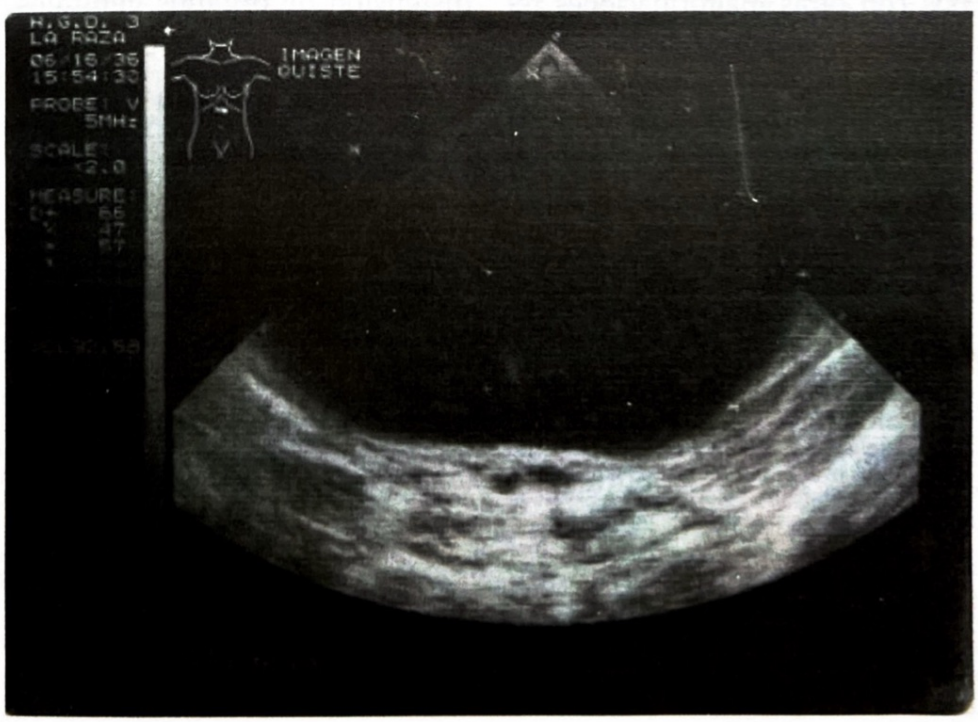
El hidrometrocolpos e hidrocolpos son una rara causa de tumor abdominal que puede ser detectada *in*

Figura 1



Ultrasonido prenatal a la semana 37 que muestra imagen anecoica homogénea de bordes regulares y pared delgada.

Figura 2



Examen ultrasonográfico abdominal horas posteriores al nacimiento.

utero o al nacer. El hidrocolpos es la dilatación de vagina ocasionada por la trasudación del epitelio vaginal y el hidrometrocolpos es la dilatación del útero y vagina producto de la secreción excesiva de moco endocervical y endometrial; ambas se asocian con himen imperforado o con un tabique vaginal transverso, así como con hematocolpos y la hematometra que es la dilatación de útero y/o vagina por la acumulación de sangre.

El estudio ultrasonográfico cuidadoso de la anatomía fetal puede revelar asociadas otras anomalías tales como polidactilia preaxial o postaxial, malformaciones cardiacas, anormalidad cerebral, las cuales son asociadas en forma más común al hidrometrocolpos. Un incremento rápido en tamaño de una masa abdominal en ultrasonido subsecuente es también indicativo de hidrometrocolpos.[1,8]

Asociación de hidrometrocolpos con otras malformaciones reportadas son polidactilia, atresia esofágica, agenesia renal y anomalías genitales. Síndrome de hidrometrocolpos polidactilia postaxial y cardiopatía, se ha asociado con un trastorno autosómico recesivo y estudiado por Temtamy y Mckusick y Kaufman *et al.*[1] En nuestro caso este síndrome fue excluido.

La ureterohidronefrosis usualmente resulta de la compresión del tracto urinario inferior. La atresia anal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal que hace necesaria la intervención quirúrgica.[1]

Puede haber peritonitis fetal como resultado de la regurgitación del contenido uterino y/o vaginal a través de las salpinges y en algunos casos por la obstrucción gastrointestinal con la consecutiva perforación.[9]

El drenaje prenatal de líquido mediante guía ultrasonográfica puede ayudar a descomprimir la distensión de órganos genitales, disminuye la severidad de la obstrucción urinaria y ayudaría al diagnóstico diferencial mediante ultrasonografía y al análisis citológico y citoquímico del líquido.[5,10]

En una serie de 26 casos en la que no se realizó el diagnóstico prenatal, el tumor no causó distocia,[1] por lo que el parto vaginal es lo más aceptado siempre y cuando no haya indicación materna o fetal de operación cesárea.

El tratamiento de hidrometrocolpos o hidrocolpos consiste en la evacuación del líquido acumulado mediante drenaje vaginal con resección del tabique vaginal transverso como ocurrió en este caso o la permeabilización del himen imperforado.

El aspecto más importante del hidrocolpos e hidrometrocolpos es el diagnóstico, se han reportado muchos errores de diagnóstico que han propiciado la ejecución de laparatomías innecesarias e incluso histerectomías.[7] ■

■ Referencias bibliográficas

1. S Mets K, Faes F, Hoebeke P. Urinary hidrocolpos, cloacal malformation y preaxial polidactyly: A rare variant of neonatal hydrocolpos. Am J Perinatol 15: 269-272.
2. Winderl LM, Silverman RK. Prenatal diagnosis of congenital imperforate hymen. Obstet Gynecol 1995; 85: 857-60.
3. Usta IM, Amwad JT, Usta JA, Makarem MM, Karam KS. Imperforate hymen: Report of an unusual familial ocurrence. Obstet Gynecol 1993; 82: 655-6.
4. Petit P, Thomas D, Moerman PH, Fryns JP. Abdominal distension as the first echographic sign of hydrometrocolpos in a female fetus. Eu J Obstet Gynecol Reprod Biol 1991; 39: 99-101.
5. Boulot P, Deschamps F, Hedon B,Laffargue F, Viala JL. Prenatal diagnosis of an abdomino-pelvic hydrometrocolpos: A case report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1991; 40: 233-6.
6. Rock JA, Zacur HA, Dhigi AM, Jones HW, Telinde RW. Pregnancy success following surgical correction of imperforate hymen and complete transverse vaginal septum. Obstet Gynecol 1982; 59: 448-51.
7. Dewhurst J, Genital tract obstruction. Ped Clin North Am 1981; 28: 331-4.
8. Goecke T, Doffer R, Huenges R, Cozelmann W, Feller A. Majewski F. Hydrometrocolpos, postaxial polydactyly , congenital heart disease, and anomalies of the gastrointestinal and genitourinary tracts: A rare autosomal recesesive syndrome. Eur J Pediatr 1981; 136: 297-305.
9. Gupta I, Barson AJ. Hydrocolpos with peritonitis in the newborn. J Clin Pathol 1980; 33: 679-83.
10. Gravier L. Hydrocolpos. J Pediat Surg 1969; 4: 563.

Artículo original

Fibrotecoma ovárico: Informe de un caso

■ Dr. Alejandro González Gleason,[1] Dr Sebastián Iris De La Cruz,[2] Dra. María Esther Torres Salas,[3] Dr. Carlos Guzmán Patraca,[3] Dra María Eugenia Chavarría Olarte,[1] Dr. Alejandro Reyes Fuentes[1]

■ RESUMEN

Los tumores del estroma y de los cordones sexuales son raros y representan 5% o menos de los tumores de ovario. Si bien las variedades funcionales son los ejemplos más notables, sólo una minoría genera síntomas hormonales. El fibrotecoma pertenece a la variedad de tumores de células del estroma ovárico, con diferenciación hacia células del tipo fibroblástico o hacia células de la teca.

Se presenta el caso de una mujer de 68 años de edad, con un fibrotecoma de ovario con dimensiones de 14 x 9 x 7 cm. El tratamiento fue la extirpación quirúrgica del tumor. El estudio microscópico reveló un fibrotecoma de ovario.

Palabras clave: Fibrotecoma ovárico, tumores, estroma, cordones sexuales, fibroblastos

(González Gleason A. *et al.* Fibrotecoma ovárico. Informe de un caso. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 239).

■ ABSTRACT

Tumors with stromal or sex-cords origin are scarce, and comprise only 5% or less of all ovarian tumors. Nevertheless functional tumor types are the most striking ones, only few of them produce hormonal symptoms. Fibrothecal tumors belong to the stromal cells tumor class, with differentiation towards both fibroblastic-type cells of thecal cell. We present a case report of a 68 years old woman with an ovarian tumor sized 14 x 9 x 7 cm. The treatment was the extirpation of the tumor. Microscopic evaluation of the surgical piece reported an ovarian fibrothecal tumor.

Key words: Ovarian fibrothecal tumor, stromal, sex cords, fibroblastic-type cells

(González Gleason A. *et al.* Ovarian fibrothecal tumor: case report. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 239)

■ INTRODUCCIÓN

El término tumores del estroma y de los cordones sexuales fue elegido por la OMS para incluir tumores compuestos de células de la granulosa, células de Sertoli, células de Leydig, células de la teca y de células del estroma ovárico; estas últimas son capaces de diferenciarse hacia fibroblastos. Los tumores del estroma y de los cordones sexuales pueden existir como formas puras de cualquiera de los tipos celulares ya mencionados, sin embargo con frecuencia corresponden a mezclas de elementos celulares en proporciones y grados de diferenciación variables. En consecuencia, estas neoplasias pueden presentar una gran variedad de patrones histológicos, hecho que originó una controversia considerable y de larga duración con respecto a su clasificación.[1]

Los tumores del estroma y de los cordones sexuales son raros y representan cerca de 5% o menos de los tumores de ovario. Si bien las variedades funcionales son los ejemplos más notables, sólo una minoría genera síntomas hormonales.[2]

El fibrotecoma pertenece a la variedad de tumores de células del estroma ovárico, con diferenciación hacia células del tipo fibroblástico o hacia células de la teca. Como el tumor de células de la granulosa, el tecoma en general es estrogénico, sin embargo es menos frecuente que el tumor de células de la granulosa y en general se ve en personas de edad ma-

[1]Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva, Hospital de Ginecología y Obstetricia No 4, del IMSS, [2]Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 4, del IMSS, [3]Departamento de Patología, Unidad Médico Quirúrgica Santa Teresa.

yor.[3] Los tecomas varían en tamaño desde tumores pequeños incidentales, hasta grandes neoplasias palpables a la exploración. Son sobre todo tumores sólidos que al corte son firmes y tienen sombras variables de color naranja amarillo, según el contenido de lípidos.[3] Los fibromas son tumores no funcionales más frecuentes en mujeres de edad media. La mayoría de los tumores con características de fibrotecoma son unilaterales y sólo raras veces tienen características de malignidad.

■ MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa el caso de una paciente con un tumor ovárico (fibrotecoma), que fue atendida en medio privado y en la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS. Los datos clínicos se obtuvieron del expediente y el estudio histopatológico se realizó en un laboratorio de anatomía patológica privado.

■ INFORME DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 68 años de edad; padre diabético tipo 2, aparentemente sin toxicomanías. Portadora de diabetes mellitus tipo 2 de 4 años de evolución controlada con dieta, hipertensión arterial sistémica esencial del mismo tiempo de evolución, controlada con carbedilol 25 mg y amlodipino 5 mg. Se le practicó laparotomía exploradora en institución gubernamental hace 35 años habiéndose efectuando ooforectomía izquierda por presentar tumor. La paciente ignora los resultados de patología, ya que no le fueron entregados. Se reporta menarca a los 13 años, ritmo 28 x 2 eumenorreica hasta su última menstruación; inicia su vida sexual a los 23 años, una pareja sexualmente activa, GVI, PVI con periodo intergenésico entre cada gestación de dos años, menopausia a los 50 años de edad. La citología exfoliativa cervicovaginal reportó inflamación moderada con atrofia epitelial, sin efecto estrogénico, negativo clase II (30-04-01).

El padecimiento actual lo refiere cuatro años previos a la consulta. Inicia con dolor localizado en fosa iliaca derecha, tipo cólico, de intensidad variable que fue acentuándose hasta provocar incapacidad a la deambulación, de tipo intermitente, irradiado a miembros pélvicos. Cuando inició el cuadro, el dolor cedía a la ingesta de analgésicos no esteroideos del tipo naproxen sódico; posteriormente ya no hubo respuesta. La paciente notó la presencia de una masa abdominal en el sitio referido que fue incrementando su tamaño progresivamente en un periodo de 6 meses, motivo que la orilló a solicitar consulta médica (27-04-01). En la exploración física no se encontraron lesiones aparentes en piel y mucosas; el aparato cardiopulmonar se encontró sin compromiso y sin datos de síndromes pleuropulmonares; la exploración de mamas fue negativa; el abdomen se encontró plano, sin datos aparentes de colecciones intracavitarias y peristalsis conservada. A nivel de fosa iliaca derecha se identificó una masa de consistencia dura a 10 cm por arriba de la sínfisis púbica, con bordes regulares, desplazable en planos superficiales y profundos que provocaba dolor intenso a su movilización. La exploración de genitales externos no mostró lesiones vestíbulo-vulvares. La especuloscopía reveló la presencia de mucosa vaginale seca y pálida y sin lesiones vasculares, así como un orificio cervical externo hipotrófico acorde a la edad de la paciente. Se tomó muestra de secreción cervicovaginal para estudio citológico. A la exploración manual de la vagina se encontró el cérvix con disminución en su movilidad hacia el lado derecho, misma que despertaba dolor intenso. A nivel del fórnix derecho se identificó la presencia de la masa redonda y dura ya mencionada, que incluía parte del fondo de saco posterior. Para complementar el protocolo de estudio se solicitó biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina. Los resultados de estos estudios fueron normales. La concentración del antígeno CA-125 fue de 27.1 U/mL (rango normal de 0-35 U/mL). El antígeno relacionado con tumores más apropiado y conocido es el CA-125. Este fue descrito por Bast y Knapp y es el único aprobado por la Food and Drug Administration (FDA), de Estados Unidos en pacientes con cáncer de ovario.[3]

El estudio ultrasonográfico pélvico reveló una vejiga urinaria sin lesiones; útero lateralizado a la izquierda en anteroversión y de contornos regulares, con dimensiones de 6.9 x 3.5 x 3.2 cm, con patrón miometrial homogéneo y sin patología focal o difusa; eco endometrial de 0.20 cm de grosor y fondos de saco sin colecciones. A nivel del anexo derecho se observó una zona ovoidea, sólida, con dimensiones de 11.4 x 7.28 x 15.02 cm y volumen de 71.40 cc, imágenes compatibles con tumoración sólida dependiente del ovario. El ovario izquierdo no se

observó por el antecedente quirúrgico previo. La telerradiografía de tórax posteroanterior reveló una opacidad circundada en hemitórax derecho, así como proceso inflamatorio bronquial crónico.

Con base en lo anterior se decidió tratamiento quirúrgico a cielo abierto, previa valoración por el servicio de cardiología. El reporte informó un riesgo quirúrgico GII/IV de Goldman y III de ASA.

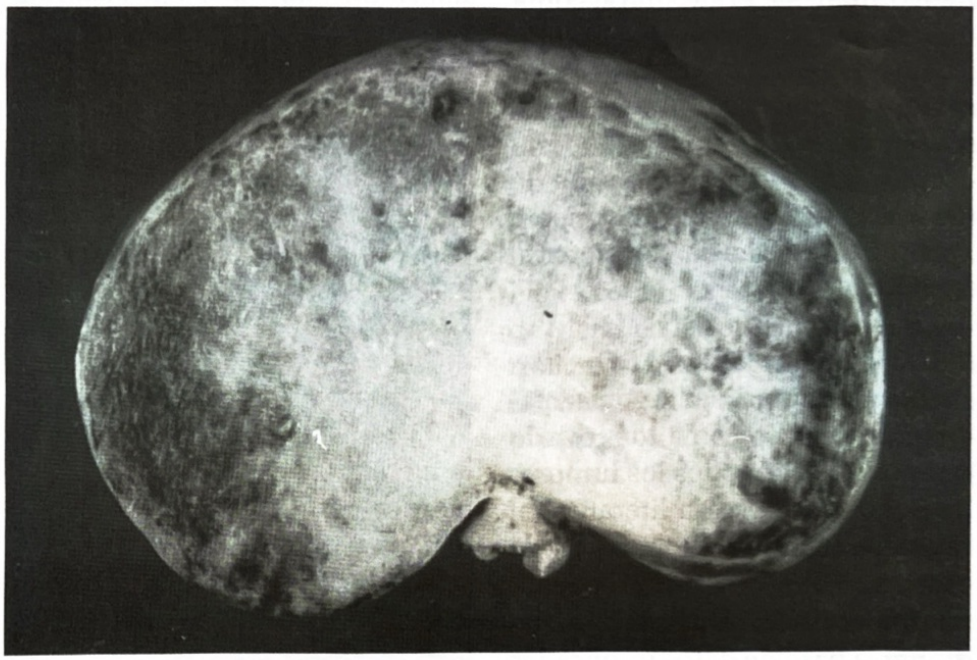
El día 5-05-01 se llevó a cabo la intervención quirúrgica, practicando laparotomía exploradora con incisión media infraumbilical bajo bloqueo peridural. Se encontró líquido libre en cavidad, de color parduzco (150 mL aproximadamente) del cual se recolectaron 10 mL para estudio citológico. Se exteriorizó una masa sólida de bordes regulares, libre de zonas vasculares y de otros órganos. Al comprobarse su origen ovárico se realizó histerosalpingooforectomía derecha con técnica intrafacial.

■ HISTOLOGÍA

En el departamento de patología se recibió una formación tumoral semiovoide de 14 x 9 x 7 cm de diámetro, de color blanquecino-grisáceo, de superficie lisa y de consistencia firme. Al corte mostraba estroma blanquecino e irregular, arremolinado con áreas de aspecto hemorrágico (Figuras 1 y 2).

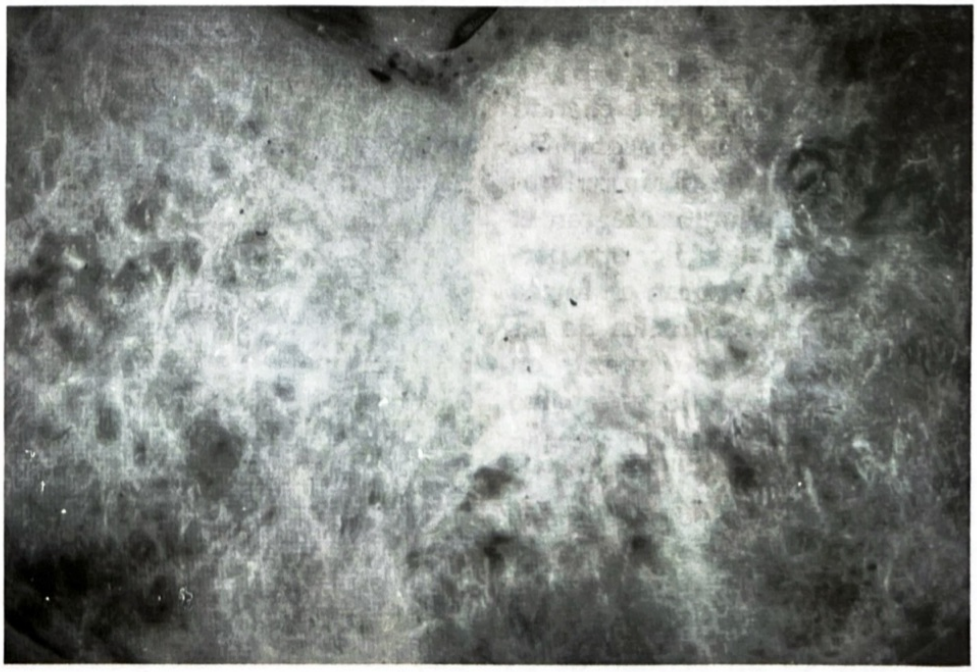
Histológicamente se observó una neoplasia ovárica de origen estromal, constituida por fibroblastos bien diferenciados que se disponen en forma de haces, se entrecruzan en diversas direcciones (Figura 3) ((H/E x 240), descansan dentro de un estroma conjuntivo colágeno y en el que no se observan atipias (Figura 4) (H/E x 240). Esta imagen histológica es

Figura 1



Panorámica de superficie de corte del tumor de ovario, obsérvese que es blanquecino, irregular con áreas ocuras que corresponden a hemorragia.

Figura 2



Mayor aumento de superficie de corte de la neoplasia.

característica de un fibrotecoma.[3] Por lo tanto el informe histopatológico final fue el de fibrotecoma ovárico derecho.

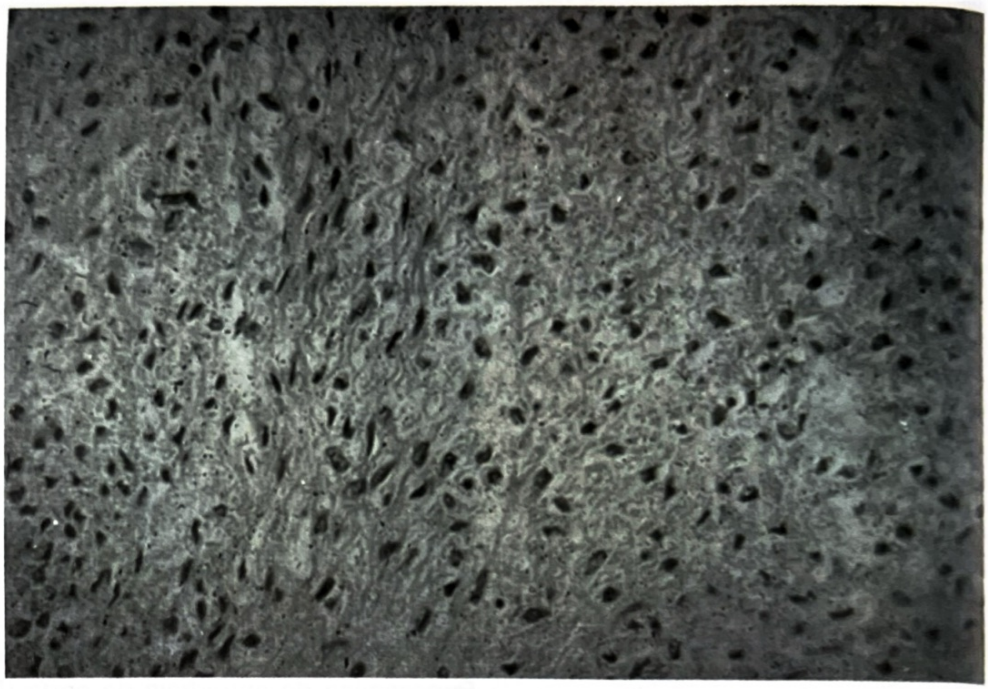
En el producto de histerectomía se encontró atrofia endometrial y cervicitis crónica moderada. El frotis del líquido de la cavidad abdominal únicamente reportó la presencia de material hemático.

■ DISCUSIÓN DEL CASO

La baja frecuencia en la presentación del fibrotecoma de ovario (menor a 5% de todos los tumores benignos) y la escasa literatura al respecto justifican el reporte de este caso.[2] Por otra parte, se realizó una revisión retrospectiva mediante la base de datos publicadas en Med Line, Pub Med y Free Medical Journal, no se encontraron reportes de esta patología desde el año de 1980 a la fecha, en la literatura mexicana.

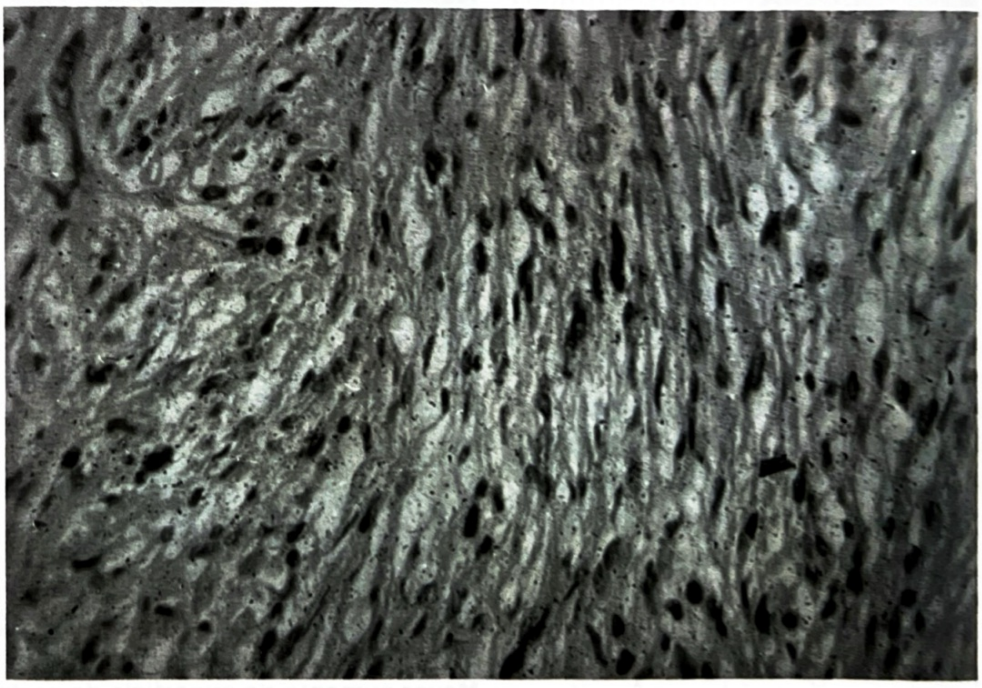
En una revisión sobre tumores benignos de ovario Santangelo y col. encontraron que en Italia su presentación es menor a 3% y su frecuencia disminuye cuando este tipo de tumores se acompaña de ascitis y edema pleuropulmonar, que en conjunto integran el síndrome de Meigs.[4] Por otra parte, Sfar y col. revisaron en forma retrospectiva la casuística de tumores benignos de ovario en Francia, en un periodo que abarcó 12 años (1981-1992). En los expedientes revisados únicamente encontraron 19 casos de fibrotecoma durante este periodo.[5] Finalmente, Gee y Russell realizaron en Inglaterra una revisión sobre tumores de ovario en un periodo de 25 años, y encontraron que de 1700 reportes de patología de pacientes sometidas a cirugía ovárica, 168

Figura 3



Microfotografía a mediano aumento para observar que la neoplasia está constituida principalmente por fibroblastos (H/E x 240)

Figura 4



Detalle microscópico en el que se observan fibroblastos que se disponen en forma de haces que se entrecruzan en diversas direcciones (H/E x 240).

correspondieron a tumores de los cordones sexuales y cuatro únicamente a tumores del estroma ovárico según la clasificación histológica de tumores de ovario de la OMS.[6]

Es más frecuente que este tipo de neoplasias se presente en forma unilateral; tiene un comportamiento benigno y su tratamiento es quirúrgico, con una curación completa.[3] El caso que aquí se presenta coincide con lo que se reporta en la literatura, ser una tumoración unilateral, haberse presentado en una paciente mayor de 50 años de edad y tener un comportamiento benigno. Se comprobó la ausencia del síndrome de Meigs mediante estudios clínicos y de gabinete (radiografía de tórax). Sin embargo, por hallazgo radiológico se encontró un nódulo solitario en la región apical del pulmón derecho. Esta lesión se encuentra aún en estudio.

■ CONCLUSIONES

El fibrotecoma es una tumoración benigna de ovario con una frecuencia de presentación sumamente baja. Por su gran tamaño y su rápido desarrollo, puede confundirse con la presencia de una tumoración maligna. Los marcadores tumorales utilizados para confirmar o desacatar el diagnóstico de cáncer ovárico, en especial el antígeno CA-125 son de gran utilidad. El manejo de este tipo de tumores es mediante su extirpación quirúrgica, tienen una cura total y son de buen pronóstico. No es común observar el síndrome de Meigs en las pacientes que desarrollan esta neoplasia, sin embargo el clínico está obligado a descartarlo mediante los estudios correspondientes. ■

■ Referencias bibliográficas

1. Fox H. Sex Cord-stromal tumors of the ovary. J Pathol 1985; 127-48.
2. Cramer SF. Evaluation of reproducibility of the WHO classification of common ovarian cancer: emphasis on methodology. Arch Pathol Lab 1987; 819-29.
3. Shingleton HM, Fowler WC, Jordan JA, Lawrence WD: Oncología Ginecológica, 1ª, ed., Méx., D.F., Editorial Mc-Graw-Hill Interamericana, 1981; 184-7.
4. Santangelo M, Battaglia M, Samarco G, Gallelli G, Vetere A, Sommella L, Triggiani E. Meigs' syndrome: its clinical picture and treatment. Ann Ital Chir 2000; 115-9.
5. Sfar E, Ben Ammar K, Mahjoub S, Zine S, Kchir N, Chelli H, Khrouf M, Chelli M. Anatomo-clinical characteristic of ovarian fribrothecal tumors. 19 cases over 12 years: 1981-1992. Rev Fr Gynecol Obstet 1994; 315-22.
6. Gee DC, Russell P. The pathological assessment of ovarian neoplasms. The sex cord stromal tumors. Pathology 1981; 235-55.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Artículo original

5 - Fluorouracilo tópico en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial vaginal

■ Dr. José Luis González Sánchez, Dra. Guadalupe Flores Murrieta, Dr. Jesús Chávez Brambila, Dr. José Mauricio Deolarte Manzano, Dr. Alejandro Fabián Andrade Manzano

■ **RESUMEN**

El ***objetivo*** fue determinar la efectividad del 5 fluorouracilo (5FU), en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA). ***Material y método.*** El estudio fue efectuado en 30 pacientes con una edad promedio de 54 años y diagnóstico previo, revisando expedientes y material histopatológicos seleccionados de un grupo de 65 pacientes con NIVA de 1980 a 1998. Las pacientes recibieron tratamiento intravaginal con 5 FU, 1.5 g semanalmente, durante 10 semanas y todas las pacientes tuvieron un seguimiento de dos años como mínimo. Se realizó seguimiento con Papanicolaou y colposcopia, como biopsia dirigida cuando estuvo indicado. ***Resultados.*** Veintiocho (93%), de las pacientes con NIVA tuvieron concurrentemente neoplasia escamosa anogenital, incluyendo 5 con carcinoma cervical invasor y 23 con neoplasia intraepitelial cervical. En 23 de las 30 pacientes (77%), el NIVA remitió después de un tratamiento, en 3 (10%), remitió después de dos tratamientos, 3 (10%) tuvieron NIVA 3 recurrente y 1 (3%) presentó progresión a carcinoma vaginal invasor. El tratamiento fue bien tolerado. ***Conclusiones.*** el 5-FU es una buena opción para el tratamiento del NIVA. Es efectivo con mínimos efectos colaterales. Su uso debe ser confinado al tratamiento de la NIVA de alto grado extensivo o multifocal.

Palabras clave: 5-fluorouracilo, neoplasia intraepitelial, vaginal.

(González Sánchez, *et al.* 5 - Fluorouracilo tópico en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial vaginal. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 244)

■ **ABSTRACT**

Objective. *Our purpose was to determine the effectiveness of 5-fluorouracil (5-FU) in the treatment of vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN).* ***Materials and Methods.*** *The study was performed in 30 patients with a mean age of 54 years and previous diagnoses from reviewed records and histopathology slides selected from a group of 65 patients with VAIN from 1980 to 1998. Patients received intravaginal treatment with 5-FU, 1.5 g once weekly for 10 weeks and all patients were followed up for at least 2-years. Papanicolaou smear and colposcopy were performed, as was biopsy when indicated.* ***Results.*** *Twenty eight (93%) patients with VAIN had prior or concurrent anogenital squamous neoplasia, including 5 with invasive cervical carcinoma and 23 with cervical intraepithelial neoplasia. In 23 of 30 treated patients (77%), VAIN went into remission after a single treatment; in 3, (10%), it went into remission after two treatment; 3 (10%) had recurrent VAIN 3; and in 1(3%) it progressed to invasive vaginal cancer. The treatment was well tolerated.* ***Conclusions.*** *The 5-FU is an option choice for VAIN treatment. It is effective, with minimal slide effects. Its use should be confined to treating extensive or multifocal high-grade VAIN.*

Key words: 5-fluorouracil, epithelial neoplasia, vaginal.

(González Sánchez *et al.* Vaginal intraepithelial neoplasia treated with topic 5-fluorouracil. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 244)

Clinica de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior. Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", Instituto Mexicano del Seguro Social.

La neoplasia intraepitelial (NIVA), es una enfermedad poco común, representa sólo 0.5% de todas las neoplasias del tracto genital.[1] Numerosas modalidades de tratamiento han sido descritas para el tratamiento del NIVA, que van desde la observación hasta la colpectomía total. Los resultados son variados y conflictivos. Independientemente del modo de tratamiento es esencial continuar a largo plazo con la revisión de estas pacientes por el riesgo de recurrencia y el potencial de sufrir transformación maligna.

Las modalidades efectivas de tratamiento incluyen escisión quirúrgica,[2,3] criocirugía,[3,4] terapia de radiación intracavitaria,[2,5,6] vaporización láser.[4,7,8] Han sido reportados otros tratamientos efectivos como regímenes de tratamiento para NIVA utilizando 5-fluorouracilo (5-FU). El propósito de este estudio fue evaluar la efectividad del 5-FU con un seguimiento mínimo de dos años.

■ MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio observacional describe 30 mujeres con NIVA tratadas con 5-FU. Este tratamiento fue administrado a todas las pacientes con diagnóstico histológico de NIVA. El estudio fue efectuado de acuerdo a reglas hospitalarias y con el consentimiento de cada paciente.

De enero de 1980 a agosto de 1997, 65 pacientes fueron diagnosticadas con NIVA en la Clínica de Colposcopia del hospital "Luis Castelazo Ayala", del Instituto Mexicano del Seguro Social. La información fue obtenida de registros mantenidos por el Servicio de Colposcopia. Todas las biopsias fueron revisadas por uno de los coautores (AFAM), quien informó el grado de NIVA de acuerdo a criterios publicados.[12] La selección del criterio de inclusión en este estudio fue para pacientes que no recibieron previamente tratamiento alguno para NIVA. Las pacientes embarazadas fueron excluidas. Sobre las bases de estos criterios, fue reportada la experiencia de 30 pacientes. Las pacientes incluidas en este estudio inicialmente fueron diagnosticadas y fueron tratadas cuatro por carcinoma cervical, una de carcinoma del cuerpo uterino, 23 por neoplasia intraepitelial cervical y enfermedades benignas en dos.

Después del tratamiento correspondiente (histerectomía, histerectomía y radioterapia, criocirugía, o conización), las pacientes desarrollaron NIVA (grados 1, 2, o 3), en un promedio global de 75.6 meses (rango 4-348 meses). Después del diagnóstico de NIVA, se aplicó 1.5 g. de 5-FU en crema (Efudix, Laboratorio Roche, México City, México), como tratamiento intravaginal, una vez a la semana durante 10 semanas consecutivas. En las pacientes que presentaron recurrencia, otro tratamiento con 5-FU en igual periodo fue efectuado. Fue usado un tampón en vagina durante la aplicación de 5-FU, además de aplicar un ungüento protector para prevenir la irritación vulvar, más frecuentemente jalea de petróleo u óxido de zinc. El 5- FU solo fue usado en las 30 pacientes.

Todas las pacientes con diagnóstico de NIVA tuvieron un seguimiento en la clínica de colposcopia de cuatro a seis meses de intervalo. Las 30 pacientes (100%) fueron controladas por dos años desde el último tratamiento. En cada visita se tomó una muestra para Papanicolaou y se efectuó una colposcopia. Cuando fue indicado, se repitieron las biopsias como parte del seguimiento. El promedio de seguimiento de nuestras pacientes después del tratamiento fue de 31 meses, con un rango de 12 a 84 meses.

Cuando no se encontró evidencia de NIVA durante el primer año de seguimiento, la paciente fue considerada libre de enfermedad; si la NIVA apareció a los 6-12 meses, se llamó enfermedad recurrente. La tolerancia al tratamiento fue evaluada utilizando los siguientes criterios: 1) no reportaron problemas o síntomas, 2) síntomas de ardor vaginal, 3) dispareunia leve y 4) prurito o irritación. La eficacia del tratamiento fue valorada utilizando la prueba exacta de Fisher.

■ RESULTADOS

La edad promedio de las 30 pacientes fue de 54 años (rango 32-89). Seis (20%) pacientes fueron diagnosticadas con NIVA 1; 10 (33%) NIVA 2 y 14 (47%) como NIVA 3. En 25 (83%) pacientes, la NIVA estaba confinada al tercio superior de vagina. En 4 (13%) involucró el tercio superior y medio. Una (3%), paciente tuvo enfermedad sólo en el tercio medio. En 47% (14 de 30) de las pacientes la NIVA fue multifocal.

El 5-FU tuvo eficacia similar en los diferentes grados de NIVA después de uno o dos tratamientos de 10 semanas. No se observó diferencia estadísticamente significativa en la remisión y recurrencia de las pacientes tratadas con 5-FU, sea cual fuera el grado diagnosticado ($p < 74$; cuadro I).

Cuadro I

Eficacia del tratamiento tópico con 5-fluorouracilo en pacientes con distinto grado de neoplasia intraepitelial vaginal

Grado de NIVA	Remisión		Recurrencia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1	5	83	1	17	6	100
2	8	89	1	11	9	100
3	12	80	3	30	15	100

NIVA = Neoplasia intraepitelial vaginal
Nota: Prueba exacta de Fisher, $p < .74$

El cuadro II muestra los resultados del seguimiento; 23 de 30 pacientes (77%) experimentaron remisión usando un tratamiento con 5-FU por diez semanas consecutivas. El porcentaje aumentó a 87% cuando las pacientes con enfermedad recurrente recibieron un segundo tratamiento de 5-FU otras 10 semanas consecutivas. Tres pacientes (10%) tuvieron enfermedad a pesar de los dos tratamientos y una paciente (3%) progresó a carcinoma de cérvix.

La paciente que progresó a carcinoma tenía 63 años y fue tratada con 5-FU por NIVA 2 localizado en el fondo de fornix derecho, desarrollando la NIVA 6 años después de la histerectomía más radioterapia por un estadio IB1 de carcinoma escamoso de cérvix.

Cuadro II

Resultados postratamiento de pacientes con neoplasia intraepitelial vaginal tratadas con 5-Fluorouracilo

Últimos resultados del tratamiento	No.	%
Remisión después de un tratamiento	23	77
Remisión después de dos tratamientos	3	10
NIVA 3 recurrente	3	10
Progresión e invasión	1	3
Total	**30**	**100**

NIVA = Neoplasia intraepitelial vaginal

Cuadro III

Resultados del tratamiento de neoplasia intraepitelial vaginal tratadas con 5-Fluorouracilo relacionado con enfermedad previa

Enfermedades	Remisión		Recurrencia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma de cérvix	3	75	1	25	4	100
Carcinoma de cuerpo	1	100	0	0	1	100
NIC 3	20	87	3	13	23	100
Benignas *	2	100	0	0	2	100

NIC = Neoplasia intraepitelial cervical
* Prolapso uterino, ruptura uterina

Como fue mencionado en materiales y métodos, el NIVA fue asociado con diferentes enfermedades. El cuadro III muestra el grado de incremento de riesgo de recurrencia en pacientes en las cuales el NIVA fue precedido por enfermedad maligna invasora o preinvasora.

El tratamiento con 5-FU fue bien tolerado, con una baja incidencia de efectos colaterales reportados. El principal efecto colateral fue la erosión epitelial, que produjo dolor leve en 4 (13%) de las pacientes, y desapareció sin tratamiento dentro de las siguientes 12 semanas.

■ DISCUSIÓN

En general se acepta que las mujeres con NIVA deben ser tratadas por el potencial que tiene esta enfermedad de progresar a carcinoma de vagina. Existen controversias con respecto a la tasa de progresión y a la eficacia de las distintas opciones terapéuticas disponibles.[2,4,6,8] El agente citotóxico 5-FU se usa frecuentemente como crema tópica para el tratamiento de la NIVA. Frecuentemente, uno de los métodos más empleados para el tratamiento de la NIVA es el uso de 1.5 g de 5-FU semanalmente por un periodo de 10 semanas.[9] Se ha reportado que este régimen tiene una curación de 81 a 86%.[7,9,11,13] Para mejorar el efecto del 5-FU, nosotros decidimos modificar este esquema, usando un segundo periodo de aplicación por otras 10 semanas en aquellas pacientes con evidencia de recurrencia.

La remisión en este estudio fue de 87% cuando se agregó una segunda administración a las mujeres con recurrencia. Aunque la

droga fue administrada por dos periodos, el 5-FU fue bien tolerado, según lo reportado por Stokes *et al*,[9] en contraste con lo reportado por Krebs y Helmkamp.[10] El 5-FU es un medicamento que debe ser usado cuidadosamente cuando ocurren efectos colaterales.

Se ha reportado adenosis vaginal es 1-5% de pacientes tratadas con 5-FU; 14 sin embargo, en nuestro estudio no se observó. Esto puede ser debido al pequeño número de pacientes evaluadas.[15,16] Es necesario hacer estudios en una población más grande para confirmar o rechazar el posible lugar del 5-FU en esta enfermedad. Por otro lado, se ha reportado teratogenicidad del 5- FU,[17] por lo que para evitar problemas, cualquier paciente con evidencia de embarazo fue excluida del tratamiento con 5- FU.

El 5-FU parece ser una buena opción terapéutica en el tratamiento de la NIVA (grados 1, 2 o 3), su efectividad es adecuada, sus efectos colaterales son mínimos, su costo es bajo, no daña estructuras vecinas y no requiere anestesia. Nuestro estudio muestra una eficacia mayor que otros, ya que las recurrencias fueron tratadas de manera exitosa. ■

■ Referencias

1. Sillman FH, Fruchter RG, Chen YS, et al. Vaginal intraepithelial neoplasia: Factors for persistence, recurrence and invasion and its management. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 93-9.
2. Hernández-Linares W, Putchawala A, Nolan JF, et al. Carcinoma in situ of the vagina. Post and present management. Obstet Gynecol 1980; 56: 356-60.
3. Benedet JL, Sanders BH. Carcinoma in situ of the vagina. Am J Obstet Gynecol 1984; 148: 695-700.
4. Lenehan PM, Meffe F, Lickrish GM. Vaginal intraepithelial neoplasia: Biologic aspects and management. Obstet Gynecol 1986; 68: 333-7.
5. Audet-LaPointe P, Body G, Vauclair R, et al. Vaginal intraepithelial neoplasia. Gynecol Oncol 1990; 36: 232-9.
6. Woodman CB, Mould JJ, Jordan JA. Radiotherapy in the management of Vaginal intraepithelial neoplasia after hysterectomy. Br J Obstet Gyneacol 1998; 95: 976-9.
7. Petrilli ES, Towsend DE, Morrow CP, Nakao CY. Vaginal intraepithelial neoplasia: Biologic aspects and treatment with topical 5-fluorouracil and the carbon dioxide laser. Am J Obstet Gynecol 1980; 138: 321-8.
8. Jobson VW, Homesley GD. Treatment of vaginal intraepithelial neoplasia with the carbon dioxide laser. Obstet Gynecol. 1983; 63: 90-3.
9. Stokes JM, Sworn MJ, Hawthorne JHR. A new regimen for the treatment of vaginal carcinoma in situ using 5-fluorouracil. Case report. Br J Obstet Gynaecol 1980; 87: 920-1.
10. Krebs HB, Helmkamp BF. Chronic Ulcerations following topical therapy with 5-fluorouracil for vaginal human papillomavirus-associated lesions. Obstet Gynecol 1991; 78: 205-8.
11. Kirwan P, Naftalin N. Topical 5-fluorouracil in the treatment of vaginal intraepithelial neoplasia. Br J Obstet Gynecol 1985; 92: 287-91.
12. Sedlis A, Robboy SJ. Diseases of the vagina. In: Kurman RJ, ed. Blaustein's Pathology of the female genital tract. New York: Springer-Verlag, 1987: 111-4.
13. González Sánchez JL, Chávez Brambila J, Menéndez Velásquez J, Deolarte Melgarejo J. Vaginal intraepithelial neoplasia. Diagnosis and management. Ginec Obstet Mex 1993; 61: 219-22.
14. Dungar CF, Wilkinson EJ. Vaginal columnar cell metaplasia. An acquired adenosis associated with topical 5-fluorouracil therapy. J Reprod Med 1995; 40: 361-6.
15. Sedlacek TV, Riva JM, Magen AB, et al. Vagina and vulvar adenosis. An unsuspected side effect of CO2 laser vaporization. J Reprod Med 1990; 35: 995-1101.
16. Gonzalez Sanchez JL, Flores-Murrieta G, Deolarte Melgarejo JM, Rios-montiel FA, and Andrade-Manzano AF. Effectiveness of 5-fluorouracil in the treatment of vaginal intraepithelial neoplasia in a Mexican population. J Lower Gen Tract Dis 1998; 2: 221-4.
17. Stephens JD, Golbus MS, Miller TR, et al. Multiple congenital anomalies in a fetus exposed to 5-fluorouracil during the first trimestrer. Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 747-9.

Y OBSTETRICIA
DE MÉXICO

Artículo de revisión

Salud reproductiva y violencia contra la mujer

■ Dr. Samuel Karchmer K[1]

■ **RESUMEN**

Se presenta la revisión del tema como un problema de salud para la mujer a nivel mundial, que impacta en las cifras de morbimortalidad femenina y afecta su desarrollo económico y social, a la vez que compromete su salud. Se analizan las consecuencias de la violencia de género sobre la salud física y mental y se concluye con una serie de propuestas que fortalezcan la autonomía y la autoestima de la mujer.

Palabras clave: Mujer, violencia, morbimortalidad, desarrollo económico, autoestima

(Karchmer S. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 248)

■ **ABSTRACT**

Violence against women as a worldwide public health problem is reviewed. This problem has a great impact on morbidity and mortality. Economic and social development is also affected. Damage on physical and mental health as a result of violence is analyzed. There are several proposals in order to increase autonomy and self-steem in women.

Key words: Women, violence, morbidity and mortality, economic development, self-steem.

(Karchmer S. Reproductive health and violence against women. Ginec Obstet Mex 2002; 70: 248)

La violencia de género —incluyendo violación, violencia doméstica, mutilación, homicidio y abuso sexual— constituye un serio problema de salud para la mujer a nivel mundial. A pesar de que la violencia de género es una causa significativa de morbimortalidad femenina, casi nunca es visualizada como un tema de salud pública. Recientes estimaciones del Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad indican que en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. Sobre una base *per capita*, la carga de salud impuesta por violación y violencia doméstica en el mundo industrializado y en desarrollo es, en general, equivalente; sin embargo, dado que la carga de enfermedad en general es mayor en el mundo en desarrollo, el porcentaje atribuible a la victimización de género es menor. De todos modos y en términos globales, la carga de salud por violencia de género es comparable a la correspondiente a otras condiciones de alta prioridad en la agenda mundial.

La violencia en contra de la mujer también representa un obstáculo oculto para el desarrollo económico y social. Al debilitar la energía de la mujer, atacando su confianza y comprometiendo su salud, la violencia sexual y de género priva a la sociedad de su plena participación. Los esfuerzos por lograr que se reconozca a la violencia como un tema de justificado interés internacional, se han visto obstaculizados por la falta de datos poblacionales sobre el abuso y sus consecuencias sobre la salud. De todos modos, los datos disponibles son suficientes como para justificar una mejor atención para este descuidado, aunque importante, tema de la salud de las mujeres.

Tan difícil y escabroso como otros temas de salud, la violencia contra la mujer puede serlo aún más. Las actitudes profundamente arraigadas con respecto a las relaciones masculino-femeninas, tabúes sociales contra la discusión

[1]Director del Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia. Hospital Ángeles de las Lomas. Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia. División de Estudios Superiores. Escuela Nacional de Medicina. UNAM

en público de "asuntos privados" y la ausencia de una "solución tecnológica", conspiran contra el logro de una solución. A pesar de que la violencia contra la mujer es un fenómeno prácticamente universal, los patrones particulares de la violencia y las causas de los mismos sólo pueden ser totalmente comprendidos y remediados dentro de contextos sociales y culturales específicos.

Cada sociedad cuenta con mecanismos que legitiman, oscurecen, niegan —y por lo tanto perpetuan— la violencia. Aun cuando un acto particular de violencia puede ser deplorado, Instituciones Sociales poderosas —el Estado, la familia, los Sistemas Normativos que regulan las relaciones entre los géneros— se confabulan para mantener el *status quox*. Ello hace que las víctimas pasen frecuentemente momentos difíciles para alejarse de relaciones violentas.

Una variedad de mecanismos, desde la tradición oral hasta la educación formal y los sistemas legales, definen las pautas de conducta aceptables para hombres y mujeres. Dichas pautas se aprenden desde edad temprana en la familia y son reforzadas a través de la presión de los padres, las instituciones de la comunidad y los medios masivos de comunicación. En muchas sociedades los niños aprenden que los hombres dominan y que la violencia es un medio aceptable de afirmar el poder y resolver conflictos. Las mujeres, madres y suegras, perpetuan inconscientemente la violencia al socializar a niñas y niños para aceptar la dominación masculina y a ceder constantemente ante las demandas de los hombres. Las madres enseñan a sus hijos a aceptar los roles que la sociedad les asigna y castigan toda conducta "desviada" para asegurar la aceptación social y sexual de las niñas. La idea de la dominancia masculina incluso de las mujeres como propiedad, está presente en la mayoría de las sociedades y se refleja en sus leyes y costumbres. Por lo tanto, la violencia no debería ser considerada como una aberración, sino como una prolongación de un continuo de creencias que otorgan al hombre el derecho a controlar la conducta de la mujer.

En septiembre de 1992, la Comisión de las Naciones Unidas sobre la condición de la mujer convocó a un grupo especial de expertos en donde por primera vez en la Asamblea General se ofreció una definición oficial de las Naciones Unidas sobre el abuso de género. Conforme el artículo uno de dicho documento, la violencia en contra de la mujer incluye: "Todo acto de violencia de género que resulte en, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada".

La estimación exacta de la carga global sobre la salud por violencia contra la mujer se ve entorpecida por la falta de datos sobre la incidencia y el impacto del abuso sobre la salud. Las estadísticas de delitos son virtualmente inútiles para estimar la incidencia del abuso de género debido al amplio subregistro que existe. De acuerdo con recientes encuestas y debido al estigma asociado con la violencia, sobre todo sexual, los datos sobre violación y abuso sexual son más difíciles de recolectar, aunque están comenzando a emerger encuestas epidemiológicas de gran escala sobre acoso sexual en los países industrializados y lamentablemente no con la misma intensidad en los en vías de desarrollo.

En años recientes ha aparecido un volumen creciente de investigaciones sobre las consecuencias de la violencia contra la mujer sobre la salud física y mental y la carga que ello impone en los sistemas de atención a la salud. Si bien gran parte de esta investigación proviene del mundo industrializado, los médicos clínicos y activistas de los países en desarrollo confirman que la literatura de Estados Unidos coincide con sus experiencias con mujeres golpeadas o sobrevivientes de agresión y abuso sexual.

Cuando se considera esta literatura en conjunto con las estimaciones de la prevalencia de la violencia de género en diferentes lugares del mundo, la magnitud de la carga de salud vinculada con la violencia, comienza a aparecer con claridad. Quizá la mejor estimación de esta causa proviene de un trabajo modelo realizado por el Banco Mundial para su anuario "Informe sobre el desarrollo Mundial", que en 1993 se centró alrededor de la salud. En dicho esfuerzo, funcionarios del Banco y expertos externos estimaron los años de vida perdidos por hombres y mujeres por distintas causas. Según dicho análisis, la violación y la violencia doméstica aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva, tanto en el mundo industrializado como en desarrollo. El Banco Mundial estima que la violación y

violencia doméstica representa 5% de los años de vida saludable perdida por mujeres de edad reproductiva en países en desarrollo en período de transición demográfica. En países en desarrollo como China, los años de vida saludable perdidos por violación y violencia doméstica representan una cuota alta, 16% de la carga total. A nivel mundial, la carga de salud por la victimización de género entre mujeres de 15 a 44 años es comparable a la representada por otros factores de riesgo y enfermedades que ya son prioritarios dentro de la agenda mundial, incluyendo SIDA, tuberculosis, sepsis durante el parto, cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Las consecuencias de la violencia de género sobre la salud se resumen a continuación:

Resultados no fatales

Consecuencias para la salud física

Enfermedades de transmisión sexual
- ❑ Lesión
- ❑ Inflamación pélvica
- ❑ Embarazo no deseado
- ❑ Aborto espontáneo
- ❑ Dolor pélvico crónico
- ❑ Dolor de cabeza
- ❑ Problemas ginecológicos
- ❑ Abuso de drogas/alcohol
- ❑ Asma
- ❑ Síndrome de intestino irritable
- ❑ Conductas nocivas para la salud: (Tabaquismo, sexo sin protección, etc.)
- ❑ Discapacidad permanente o total

Consecuencias para la salud mental

- ❑ Desorden de estrés postraumático
- ❑ Depresión
- ❑ Ansiedad
- ❑ Disfunción sexual
- ❑ Desórdenes de la alimentación
- ❑ Desorden de personalidad múltiple
- ❑ Desorden obsesivo-compulsivo

Resultados fatales

- ❑ Suicidio
- ❑ Homicidio

Por razones de espacio, comentaremos algunos de los puntos señalados que nos parecen de importancia.

Para muchas mujeres, los efectos psicológicos del abuso son más debilitantes que los efectos físicos. Miedo, ansiedad, fatiga, desórdenes de estrés postraumático y desórdenes de sueño y la alimentación, constituyen reacciones comunes a largo plazo ante la violencia. Las mujeres abusadas pueden tornarse dependientes y sugestionables y encontrar dificultades para tomar decisiones por sí mismas. La relación con el abusador agrava las consecuencias psicológicas que las mujeres sufren por el abuso. Los vínculos legales, financieros y afectuosos que las víctimas de la violencia conyugal tienen a menudo con el abusador, acentúan sus sentimientos de vulnerabilidad, pérdida, engaño y desesperanza. Las mujeres abusadas frecuentemente se aíslan y se recluyen tratando de esconder la evidencia del abuso.

No es sorprendente que dichos efectos hacen del abuso de la esposa un contexto elemental para muchos otros problemas de salud. En Estados Unidos, las mujeres golpeadas tienen una posibilidad de cuatro a cinco veces más, de necesitar tratamiento psiquiátrico que las mujeres no golpeadas, y una posibilidad, cinco veces mayor de intentar suicidarse. Alrededor de un tercio de las mujeres golpeadas sufren depresiones importantes y algunas continúan con el abuso de drogas y alcohol. La relación entre el maltrato y la disfunción psicológica tiene importantes implicaciones con respecto a la mortalidad femenina debido al riesgo aumentado de suicidio. Luego de revisar la evidencia de Estados Unidos, se ha llegado a la conclusión de que el abuso puede ser el precipitante único más importante identificado hasta ahora relacionado con los intentos de suicidio femenino.

La posibilidad de un embarazo no deseado es también relevante. Los centros de crisis por violación en México informan que entre 15 y 18% de sus clientes quedan embarazadas por violación, una cifra consistente con la que se reporta en otros países. Las víctimas de violación en México teóricamente tienen más alternativas que las de otros países: una nueva Ley exige a los jueces que se expidan sobre la solicitud de aborto de una sobreviviente de violación dentro de los cinco días laborales de haberse presentado aquella. Por el contrario, en países donde el aborto es ilegal bajo cualquier circunstancia, o donde los servicios de aborto sin riesgo son inaccesibles o prohibitivamente costosos, miles de mujeres deben sufrir la doble humillación de ser violadas y estar forzadas a continuar con el embarazo de un hijo del violador.

Las consecuencias de la violación para las víctimas de sociedades que otorgan un gran valor a la virginidad de la mujer, son serias. Muchas culturas de África, Asia y Medio Oriente equiparan el valor de una mujer joven con su virginidad. Se han descrito en un estudio en las zonas rurales de Bangla-

desh, aun cuando las mujeres son víctimas, se considera que una relación sexual prematrimonial arruina una parte intrínseca de su persona física y moral, su reputación arruinada no puede ser reparada; además de ser golpeadas, asesinadas o llevadas al suicidio por el deshonor que la violación o el embarazo ilegítimo inflige a sus familias.

Es difícil distinguir claramente los efectos físicos y emocionales del abuso sexual porque las complicaciones psicológicas de largo plazo se manifiestan a menudo como problemas físicos. La escasa investigación disponible sobre las consecuencias somáticas del abuso sexual infantil o en la adolescencia, indica que está vinculado con dolores pélvicos crónicos, cefalea, problemas ginecológicos, etc. La investigación reciente también vincula el abuso sexual con desórdenes gastrointestinales, cuya patogénesis no está totalmente establecida, ocurren con mayor frecuencia en mujeres y representan una carga de salud y económica considerable. Recientes estudios también vinculan la victimización sexual temprana con conductas de alto riesgo en la adolescencia y en la edad adulta, incluyendo uso excesivo de drogas y alcohol, sexo sin protección con múltiples parejas, prostitución y embarazo en la adolescente.

El embarazo deberá ser una etapa durante la cual la salud y el bienestar de las mujeres fueron especialmente respetados. Sin embargo las encuestas sugieren que las embarazadas son el blanco preferido por el abuso. Diversos estudios en Estados Unidos han demostrado que una de cada seis mujeres embarazadas era golpeada durante su presente embarazo. En el mundo en desarrollo, una encuesta sobre una muestra de 342 mujeres elegidas al azar en las cercanías de la Ciudad de México, reveló que 20% de las mujeres golpeadas informaron haber recibido puñetazos en el estómago durante el embarazo, esto mismo ha sido reportado en otros países como Costa Rica. Para las madres en los países en desarrollo, que de por sí están desnutridas, excedidas en su trabajo y carecen de acceso a una adecuada atención de salud, la golpiza durante el embarazo puede tener un efecto aún mayor que el que sufre la mayoría de las mujeres en los países industrializados. La violencia también podría ser responsable por una proporción importante, pero no reconocida de mortalidad materna, especialmente entre las solteras jóvenes embarazadas. En algunos países, el homicidio y el suicidio motivados por el estigma de la violación, el embarazo fuera del matrimonio, los golpes o los problemas con la dote, representaron 6% de las muertes ocurridas en un lapso de 10 años.

Muchas mujeres limitan el uso de anticonceptivos por miedo a las represalias masculinas. Los hombres de muchas culturas rechazan los métodos de regulación de la fecundidad porque piensan que es la señal de la intención de la mujer de ser infiel. Además allí donde ser padre es un signo de virilidad, el pedido de la mujer para regular su fecundidad puede incluso ser interpretado como una afrenta a la masculinidad de su compañero. Si bien la aprobación masculina no siempre es el factor decisivo, los estudios de países diferentes han indicado que la aceptación del compañero en la variable individual de mayor fuerza predictiva del uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres. La realidad que no se expresa detrás de este subterfugio es que la mujer puede ser abusada si no cumple con las demandas sexuales y de maternidad por el hombre.

No resulta sorprendente que la violencia masculina pueda obstruir la habilidad de las mujeres para protegerse a sí mismas del SIDA y otras enfermedades sexualmente transmitidas. La violencia puede aumentar el riesgo de contagio para las mujeres a través del sexo no consensual o al limitar su voluntad o su capacidad de lograr que su compañero use un preservativo. En muchas culturas, sugerir el uso del preservativo es aún más peligroso que plantear la planificación familiar en términos generales, porque los preservativos están ampliamente asociados a la promiscuidad, la prostitución y la enfermedad. El planteamiento femenino de mencionar el uso del condón puede percibirse como una insinuación de su infidelidad o como un cuestionamiento implícito al derecho del hombre a tener relaciones sexuales fuera de la pareja. En cualquier caso, puede provocar una respuesta violenta.

Estamos convencidos que la violencia afecta la salud de las mujeres y la salud de la sociedad en su conjunto —al desviar los escasos recursos hacia el tratamiento de una enfermedad social que, mayormente, puede prevenirse. Considerando la prevalencia del abuso y la naturaleza de sus efectos sobre la salud, es razonable concluir que la victimización representa un desgaste significati-

vo de los recursos disponibles para la salud.

La violencia contra la mujer es un fenómeno extremadamente complejo, profundamente arraigado en las relaciones de poder basadas sobre el género, la sexualidad, la identidad personal y las instituciones sociales. Por lo tanto, cualquier estrategia para erradicar la violencia de género deberá enfrentar las creencias culturales y las estructuras sociales subyacentes que la perpetúan. Para ser efectiva, tal estrategia debería haberse formulado sobre una amplia gama de conocimientos técnicos y de recursos, tanto gubernamentales como no gubernamentales. Aunque la respuesta del Sector Salud es claramente importante, una estrategia que busque ir más allá de los "síntomas" del abuso debe enfocarse hacia la eliminación de las actitudes y creencias que legitiman la violencia y justifican el control masculino sobre la conducta femenina. La misma deberá mejorar, además, el acceso de la mujer al poder y a los recursos y la posibilidad de encontrar alternativas realistas para no permanecer atrapadas en relaciones abusivas.

En la medida en que una mayor educación, mayores ingresos, ocupaciones fuera del hogar, acceso al crédito, etc. fortalezcan la autonomía de las mujeres y acentúen su autoestima, dichos factores pueden probar ser mucho más efectivos en la reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas con la violencia contra de la mujer, que la intervención directa del Sector Salud ■

Referencias bibliográficas

1. Heise LL, Pitanguny J, Germain A. Violence against women. The hidden health burden. Washington, D.C.: The World Bank. 1994.
2. Hadley SM, Short LM, Lezin N, Zook E. Womankind: An Innovative model of health care response to domestic abuse. Women's Health Issues 1995; 5: 189-98.
3. Jackson JK. Understanding survival responses of battered women. MD Medical Journal, 1994; 43: 871-5.
4. Parker B, McFarlene J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. Obstetrics and Gynaecology 1994; 94: 323-8.
5. Rodríguez MA, Szkupinski S, Bauer HM. Breaking the silence: Battered women's perspectives on medical care. Archives of Family Medicine 1996; 5: 153-9.
6. Valdez R, Sanín L. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública de México 1996; 38: 352-62.
7. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Chicago: American Medical Association. 1994.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Violencia doméstica. El papel del médico en la identificación, la intervención y la prevención. Una conferencia con diapositivas. Washington D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists. 1995b
9. Corsi J. Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós. 1994.
10. Diario Oficial de la Federación. México. Martes 9 de julio de 1996. Primera Sección. Sobre Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, pp. 50-55
11. Graham DLR, Rawlings E, Rimini N. Survivors of terror: Battered women, hostages, and the Stockholm syndrome. En K. Yllo & M. Bograd (Eds.), Feminist perspectives on wife abuse. Newbury Park, CA: Sage. 1988, pp. 217-33.
12. McLeer S, Anwar R. The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence. Annals of Emergency Medicine 1987; 16: 107-13.
13. Ramírez JC, Uribe G. Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. Salud Pública de México. 1993; 35: 148-60.
14. Schornstein S. Domestic violence and health care. What every professional needs to know. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1997.
15. Walker L. Psychology and violence against women. American Psychologist. 1989; 44: 695-702.

Hace 55 años

Terapéutica quirúrgica conservadora en el embarazo tubario*

■ DR. JULIO CESAR GRAHAM F.

Artículo publicado en el número 3, julio-septiembre de 1946, páginas 221 a 228
El texto está reproducido de acuerdo con la versión original.

En la Sociedad Médica del Hospital General en octubre de 1939, presenté una pequeña comunicación denominada "CONDUCTA TERAPEUTICA EN EL EMBARAZO TUBARIO". en la cual insistía en la cirugía conservadora de la trompa de Falopio y presenté dos historias clínicas de enfermas operadas por el Dr. Amor y el que escribe, en que se hacia constar la permeabilidad de las trompas por medio de la Prueba de Rubín y por medio del estudio histerosalpingográfico principalmente, ya que en las placas radiográficas las imágenes correspondientes a las trompas en estudio eran completamente normales permitiendo ampliamente el paso de la substancia de contraste a la cavidad pelviperitoneal. Los comentaristas a mi comunicación opinaron que las reparaciones anatómicas de las trompas no traen la reparación de la función pero después de 6 años que han pasado puedo afirmar que en algunos de nuestros casos tratados la función de la trompa se ha conservado, ya que hemos logrado embarazos intrauterinos normales.

De la terapéutica quirúrgica del embarazo tubario voy a tratar del embarazo de la porción ampular. Desde el punto de vista de la localización, como es bien sabido, puede nidar el huevo fecundado en cualesquiera de las regiones anatómicas de la trompa desde la porción intersticial hasta la fimbriada, pero con mayor frecuencia la implantación se hace en la porción ampular. Desde el punto de vista de la terapéutica quirúrgica dos casos pueden presentarse en el embarazo tubario ampular: 1º el embarazo está en evolución o vivo y 2º el embarazo tuboampular está roto o muerto. La rutina quirurgica es la extirpación de la trompa en ambos casos; la conducta de terapéutica quirúrgica ginecológica conservadora, es decir contraria, precisamente es la que pongo a consideración de vosotros ya que en ambos casos debe conservarse la trompa por medios quirúrgicos plásticos.

La terapéutica quirúrgica no presenta dificultades en los embarazos tuboampulares evolucionando, porque a través de una salpingotomía simplemente se puede vaciar la trompa del contenido ovular y a continuación reconstruirse delicadamente con material atraumático fino; pero tratándose del segundo caso, es decir cuando la trompa ha estallado, se tropieza en ocasiones con serias dificultades al practicar la limpieza de la trompa tanto en su luz en donde puede encontrarse aún parte del huevo implantado y copiosamente sangrando, como en la superficie peritubaria en que los coágulos, que se originan con mo-

Interno del Servicio de Ginecología del Hospital General de México.
*Leído en la "Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia" el 10 de octubre de 1945.

tivo de la ruptura, frecuentemente se encuentran en período de organización. En ocasiones es posible hacer la sutura de la porción rota cuando el desarrollo del embarazo tuboampular no data sino de unas cuantas horas, siendo la tarea laboriosa por la gran congestión existente y consistiendo la dificultad mayor por vencer, lograr una buena hemostasis. Cuando la destrucción de la pared tubaria es casi completa por el desarrollo muy avanzado de las vellosidades coriales y no es posible la restauración del órgano, es necesario en ocasiones practicar una amputación parcial a nivel de la porción ampular y plásticamente sobre el muñón, hacer un nuevo ostium abdominal

La tendencia actual de la cirugía ginecológica orientada a la conservación de la función nos debe inclinar en todas las ocasiones en que nos encontremos frente a un embarazo tubo-ampular a procurar la reconstrucción de la trompa, la salpingectomía tendría únicamente como indicación la coexistencia de un proceso infeccioso agudo.

Presento a continuación tres historias clínicas de pacientes operadas de embarazos tuboampulares con criterio conservador en que se ha logrado posteriormente embarazos intrauterinos normales que han llegado a término con productos vivos.

■ PRIMER CASO

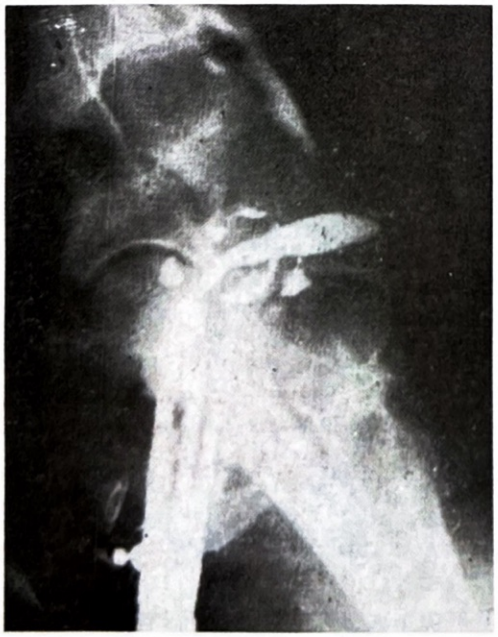
C. D. C. Edad 34 años, casada con el Dr. J. C. Originaria de Puebla. Partera. Con residencia en Nuevo Laredo. Mujer mestiza, delgada, hiponutrida que ha tenido que trabajar desde pequeña. Antecedentes ginecológicos y obstétricos: Menarquía a los 14 años, con caracteres normales. Durante su nubilidad el ritmo menstrual es de 8/30 con dismenorrea. Contrae matrimonio en 1934 y persiste el mismo ritmo menstrual hasta el mes de mayo del siguiente año en que se hace embarazada sufriendo a los 3 meses un aborto sin causa aparente. En noviembre del mismo año (1935), después de dos meses de amenorrea súbitamente aparece dolor agudo en forma de cólicos en la fosa ilíaca derecha que se acompaña de estado lipotímico y pérdidas sanguíneas por la vagina. Después de exploración cuidadosa se piensa en un embarazo tubario derecho roto y se propone operación que es aceptada: bajo anestia general con Balsoformo es operada por los

Drs. R. Amor y J. C. Graham haciéndose laparatomía media infraumbilical se encontró la trompa derecha estallada a nivel de la porción ampular y gran cantidad de coágulos sanguíneos en la cavidad pelviperitoneal; amputamos la trompa hasta la porción estallada y cn el muñón plásticamente formamos un nuevo orificio abdominal de la trompa por medio de puntos separados seromucosos postoperatorio lleno de incidentes en que la paciente sufre dilatación aguda del estómago y está a punto de eventrarse. Vuelve a menstruar 40 días después con el ritmo anteror hasta que en junio de 1936 tiene una suspensión. Al siguiente mes consulta por sufrir de dolores cólicos en la fosa ilíaca izquierda y por tener pérdidas sanguíneas, nueva exploración cuidadosa y con sorpresa encontramos un embarazo tubario izquierdo que operamos también por laparotomía media infraumbilical el 18 de julio de 1936 previa transfusión sanguínea de 200 c.c. y bajo anestesia general con éter-oxígeno: la trompa se encontró íntegra y distendida por un embarazo ampular como de 6 semanas: hicimos salpingotomía siguiendo el eje de la trompa extrayendo el huevo y a continuación suturamos la incisión quirúrgica con material atraumático. La trompa derecha operada anteriormente se encontraba permeable a nivel del nuevo ostium abdominal. El postoperatorio fue normal. La paciente vuelve a menstruar 2 meses después y el ritmo menstrual desde entonces es de 4/28 con ligera dismenorrea. En 1937 se practica Prueba de Rubin encontrándose franca permeabilidad tubaria desde presiones de 40 mm. de mercurio utilizándose el Presómetro de Jarcho. En febrero de 1938 hago estudios histerosalpingográficos utilizando como medio de contraste Neoyodipina al 40%. La Fig. 1 representa una placa impresionada cuando se había inyectado en la cavidad endometrial 10 c.c. de aceite yodado y aparece la cavidad endometrial como un huso con su diámetro mayor en sentido horizontal, ambas trompas son permeables en su luz: la derecha mucho más pequeña es permeable hasta el ostium abdominal artificialmente hecho por nosotros a raíz del primer embarazo extrauterino y la disposición morular del aceite yodado significa que existe un pequeño hídrosalpinx y que, por tanto, el ostium abdominal no es permeable; la luz de la trompa izquierda es permeable en toda su extensión y el paso de la sustancia de contraste en la cavidad pelviperitoneal, es franco y abundante. La Fig. 2 es una placa impresionada en decúbito lateral

Figura 1



Figura 2

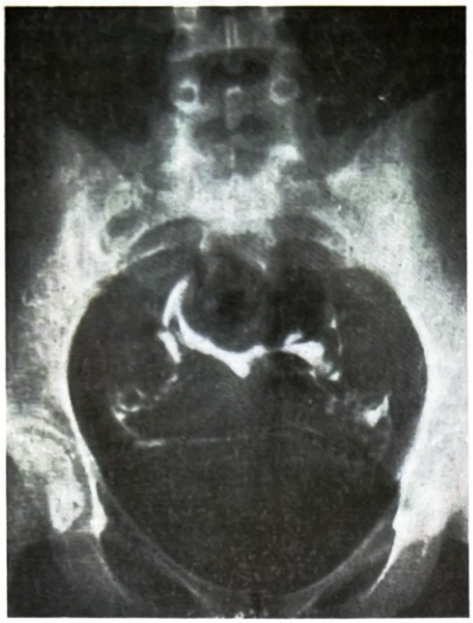


y en ella se aprecian con toda claridad la imagen de la cavidad endometrial normal en lo referente a tamaño, forma, contornos y orientación en la cavidad pélvica, y a las trompas vaciándose en la cavidad pelviperitoneal. La Fig. 3 corresponde a una placa impresionada 24 horas después de las anteriores y es de control, revela el paso franco de la sustancia de contraste a la cavidad pelviperitoneal, apreciándose una pequeña imagen de forma morular en el sitio correspondiente a la trompa derecha lo que revela permeabilidad incompleta de dicha trompa en tanto que la izquierda es ampliamente permeable. Cinco meses después del estudio histerosalpingográfico la paciente se embaraza siendo su última menstruación el 20 de agosto de 1938. El 28 de mayo de 1939 da a luz un niño vivo y normal en presentación cefálica. Puerperio normal. Hubo secreción láctea abundante y amenorrea de lactancia de 3 meses. Actualmente la paciente goza de buena salud siendo su ritmo menstrual de 6/26 con ligera dismenorrea.

■ SEGUNDO CASO

M. R. de D.; de 22 años. Originaria de Tuxpan, Ver. Casada. Fecha primera consulta noviembre de 1938. Mestiza, delgada, muy pálida por anemia secundaria a reciente paludismo. Antecedentes ginecológicos y obstétricos: Menarquia a los 14 años con caracteres normales, ritmo menstrual durante la nubilidad de 3/28, en ocasiones con dismenorrea. Matrimonio a los 17 años: se embaraza intrauterinamente al siguiente mes. Da a luz una niña normal y viva de término después de un embarazo sin contratiempo. Amamantó a su hija durante 12 meses estando todo este tiempo amenorréica. Al año siguiente es operada en Veracruz por el vientre, habiéndosele tratado por laparatomía media infraumbilical ovarios poliquísticos y extirpado el apéndice. A los 3 años nuevo embarazo intrauterino habiéndose encontrado la paciente durante la gestación muy delicada a causa de haber contraído paludismo, que trajo consigo anemia acentuada. El producto llega a término siendo el parto normal. A los 10 días muere

Figura 3



el producto presentando una ictericia acentuada. La madre sufre de fiebre puerperal que no cede sino después de 20 días. Ocho meses fiebre durante el intermenstruo que se agudizan durante las reglas: tiene flujo blanco-amarillento que es más abundante en el premenstruo; la exploración permite apreciar la existencia de desgarros perineo-vaginales, cervicitis hiperglandular quistica y anexitis izquierda subaguda; se trata a base de proteinoterapia, diatermia y descongestivos pélvicos desapareciendo los fenómenos inflamatorios anexiales después de dos meses al cabo de los cuales se electrocuagula el cuello uterino; cuarenta días después cuando la electrocoagulación del cervix ha curado se propone reconstrucción del piso perineal pero no se lleva a cabo por salir de viaje la paciente. Siete meses después vuelvo a ver a la paciente, quien después de dos meses de habérsele suspendido las reglas súbitamente sufre de dolor muy intenso en la fosa ilíaca derecha encontrándose de viaje en automóvil de Tampico a México; la paciente se encuentra muy pálida, con pulso frecuente y pequeño, con dolores cólicos en la fosa ilíaca derecha e hipogastrio y con un empastamiento do las mismas regiones fácilmente delimitable por la percusión; el tacto vaginoabdominal permitió darse cuenta de escurrimiento sanguinolento vaginal. Cuello uterino reblandecido, matriz fuertemente rechazada a la izquierda de la cavidad pélvica, anexo derecho substituido por un gran empastamiento doloroso que ocupa todo el fondo vaginal derecho y el posterior; los desalojamientos que se imprimen a la matriz producen dolor muy intenso en los uterosacros. Se piensa en un embarazo tubario roto con hemorragia abundante y decidimos intervenir el mismo día previa transfusión sanguínea y administración de tonicardíacos. Bajo anestesia raquídea operamos en el Sanatorio Español, los Drs. J. C. Graham y J. Medrano por laparotomía media infraumbilical encontrándose la trompa estallada a nivel de pabellón llena de coágulos que se extendían a todo el bajo vientre inundándolo entre ellos se encontraba el huevo como de 6 semanas. Se extrajeron los coágulos y el huevo y a continuación se revisó cuidadosamente la trompa haciéndose minuciosa hemostasia de las fimbrias que sangraban y se suturó por planos la pared abdominal. Postoperatorio con flebitis del miembro pélvico izquierdo que aparece a los 9 días acompañándose de pequeños ascensos febriles, que obligan a la paciente a permanecer en cama durante un mes. Dos meses después de operada menstrua y, desde entonces tiene un ritmo menstrual de 5/30 hasta el 5 de abril de 1940 en que la veo por última vez. En dicha fecha se hizo estudio histerosalpingográfico, es decir, siete meses después de operada conservadoramente de su embarazo tubario derecho. La Fig. 4, que corresponde a esta paciente, permite apreciar con toda claridad el llenado normal de la cavidad endometrial y la permeabilidad de ambas trompas hasta el ostium abdominal y en la Fig. 5 el paso de la substancia de contraste por la cavidad pelviperitoneal lo que revela la permeabilidad total de la luz en ambas trompas.

En febrero del presente año la paciente me escribe participándome el nacimiento de un niño vivo, de término y normal producto de un embarazo intrauterino a los 5 años de haber sido operada de un embarazo ectópico tuboampular derecho por cirugía conservadora.

■ TERCER CASO

C. C. de A. Edad: 30 años. Originaria de San Juan del Río, Qro. Casa-

Figura 4

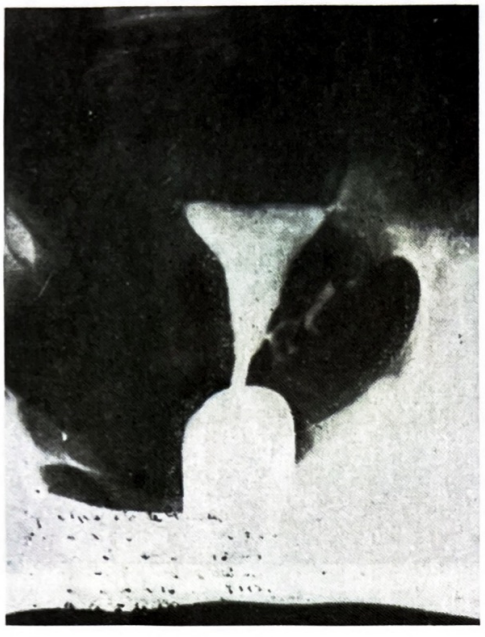
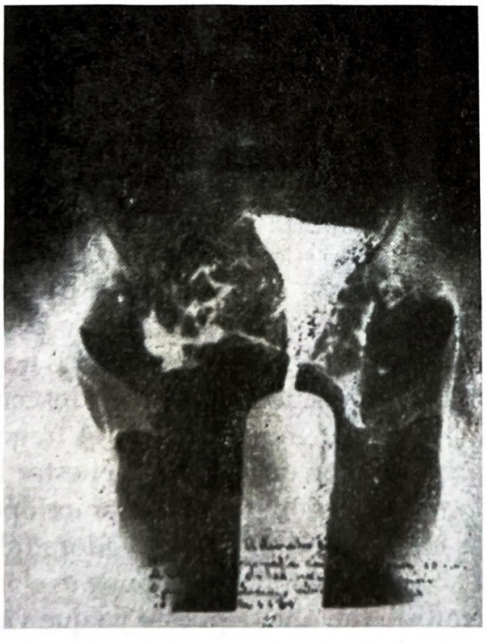


Figura 5



da. Empleada. Primera consulta: julio 17 de 1943. Criolla, robusta, bien conformada e íntegra. Antecedentes ginecológicos y obstétricos: Menarquía a los 12 años con caracteres normales. Durante la nubilidad el ritmo menstrual fue irregular tendiendo a la opso y dismenorrea. A los 26 años es desflorada y después de un coito único queda embarazada dando a término un producto vivo normal que amamantó durante 9 meses mismo que estuvo amenorréica.

Contrae matrimonio y menstrua la última vez el 19 de marzo de 1943. El 23 de abril, encontrándose de viaje tiene pérdida sanguínea escasa por la vagina durante 2 días y dolor en el bajo vientre. El 15 de junio sufre de fuerte dolor cólico en el hipogastrio con sensación de peso en el perineo y aparición de sangre por la vagina y arroja una especie de molde de la cavidad endometrial, sin presentar dolor y como cree estar menstruando se presenta a trabajar y en su oficina tiene abundante metrorragia que se acompaña de dolor en la fosa izquierda y que la obliga a internarse en el sanatorio de su Secretaría, en donde piensan se trata de un aborto incompleto y, desde luego, la practican raspa uterina; 4 días después la dan de alta no obstante quejarse la paciente de dolores en la fosa izquierda y dos días después vuelve a internarse por aumento considerable del dolor y persistencia de las pérdidas sanguíneas. La ponen en observación 8 días pero como persisten los dolores en el bajo vientre y las pérdidas sanguíneas vaginales, la hacen nueva raspa uterina dándola de alta seis días después, siendo entonces cuando la consulto por primera vez: sigue perdiendo sangre por la vagina y persisten los dolores en el bajo vientre, principalmente en la fosa ilíaca izquierda: la exploración de los genitales permite apreciar el cuello uterino reblandecido y aumentado volumen, entreabierto el orificio externo y dando salida a sangre que emana de la cavidad endometrial, el cuerpo uterino blando y ligeramente aumentado de volumen está en lateroposición derecha, el anexo derecho se aprecia con caracteres normales y el izquierdo reemplazado por una tumoración esferoidal como del tamaño de una

naranja, de superficie lisa, permitiendo ligeros desalojamientos y siendo dolorosa; los desalojamientos que se imprimen a la matriz en el sentido anteroposterior son sumamente dolorosos. Con diagnóstico de embarazo tuboampular izquierdo procedemos al día siguiente a practicar estudio hiterosalpingográfico utilizando como substancia de contraste Ariodol. Cuando se había inyectado en la cavidad endometrial 10 c.c. de substancia de contraste se impresionó la Fig. 6 en que aparece la imagen correspondiente a la cavidad endometrial aumentada de tamaño como es común en los embarazos ectópicos y desviada a la derecha en la cavidad pélvica, presentando en su contorno izquierdo una gran muesca que muy probablemente corresponde a una neoplasia intramural (fibromioma); la trompa derecha se encuentra permeable en toda su extensión siendo muy estrecha su luz; en la porción correspondiente a la trompa izquierda se aprecia una imagen irregular en donde aparecen pequeñas sombras como sí estuviera salpicada la substancia de contraste y fenómeno que debe interpretarse como signo de ruptura de la trompa correspondiente. El 20 de junio de 1943 es operada en la Clínica Quirúrgica Chiapas la paciente, por los Drs. J. C. Graham y L. Ruiz Vega, bajo anestesia raquídea con 0.15 de Novocaína por laparatomía suprapúbica transversa estética tipo Pfanenstiel encontrándose un embarazo tubario de la variedad ampular de seis semanas, roto y, además, gran cantidad de coágulos sanguíneos en la mitad izquierda de la cavidad pélvica y el fondo de saco de Douglas; la matriz aumentada de volumen y

Figura 6



blanda, tenía una fibroma intramural como del tamaño de una nuez situado en el tercio superior de la mitad izquierda de la cara anterior de la matriz extendiéndose hasta el borde correspondiente y poniéndose en contacto con la implantación de la trompa izquierda: Los ovarios y la trompa derecha se encontraban sanos. Se vació la pelvis de coágulos, se practicó amputación de la trompa al nivel de la porción ampular que había estallado y hacía imposible su reconstrucción, en el extremo peritoneal de la trompa se hizo un nuevo ostium abdominal y a continuación se hizo miomectomía y se suturó la pared abdominal por planos. El postoperatorio fue normal siendo la paciente dada de alta a los 10 días. Menstrua al mes siguiente, el 20 de agosto y la cito para octubre con el objeto de explorar sus trompas por el método de Rubín pero la paciente se embaraza intrauterinamente a los pocos días y después de una gestación completamente normal da a luz el 30 de mayo de 1944 a una niña viva y normal. El puerperio fue completamente fisiológico.

■ BREVE COMENTARIO

El resultado tan hermoso de la terapéutica empleada en los tres casos relatados me ha parecido de gran importancia para traerla a la consideración de esta Sociedad de Médicos, para que estimando su bondad la pongamos a prueba ya que con ello podremos hacer felices a muchos hogares en donde la falta de descendencia produce verdaderas tragedias.

Es menester hacer cuantas veces tengamos oportunidad cirugía conservadora tubaria.

Grande es el intérés del tema expuesto ya que viene a revolucionar el tratamiento quirúrgico de las trompas de Falopio, tan castigadas por el bisturi del cirujano, transformando la cirugía mutilante actual, en cirugía conservadora. En el futuro no debe el cirujano extirpar parte tan importante de los genitales de la mujer, sino por el contrario reconstruirla para conservar la vital función que tiene encomendada. ■